

脳波検査依頼書

(八重山医療機関用)

患者氏名：

検査目的	
<input type="checkbox"/> てんかん精査	<input type="checkbox"/> 経過観察
身長 _____ cm	移動形態 <input type="checkbox"/> 単独歩行
体重 _____ kg	<input type="checkbox"/> 車椅子
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
臨床診断・症状	

※身長・体重は、わかる場合にご記入ください。