

見 本

技術師用 波形レポート（脳波）

最近5年間に担当した脳波検査の5症例を5ページ以内で提出。
赤字で示した箇所の明記が必須。

Patient Information

ID	Pt1 患者IDは削除	Date of birth	生年月日は削除
Name	患者氏名は削除	In Out	Out
Sex	性別	Doctor	○× △□
Age	〇〇歳 乳児・小児は月齢まで記載	Examiner	申請者氏名
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	### cm	Examination Date	検査日（〇年〇月〇日）
History	陳旧性脳梗塞、アミロイド血管症		
Comment	<u>記録条件</u> 脳波記録時間：70分，自然睡眠 <u>所見</u> 医師による所見・判定は，消す必要はありません。 <u>判定</u> 技術的なコメントがあれば記載してください。 本紙に相当する表書きを添付して提出		

各症例の1枚目に本人の署名（直筆）と指導医，
専門医ないし専門技術師の署名（直筆）が必須。

Examiner : □△ ○◎

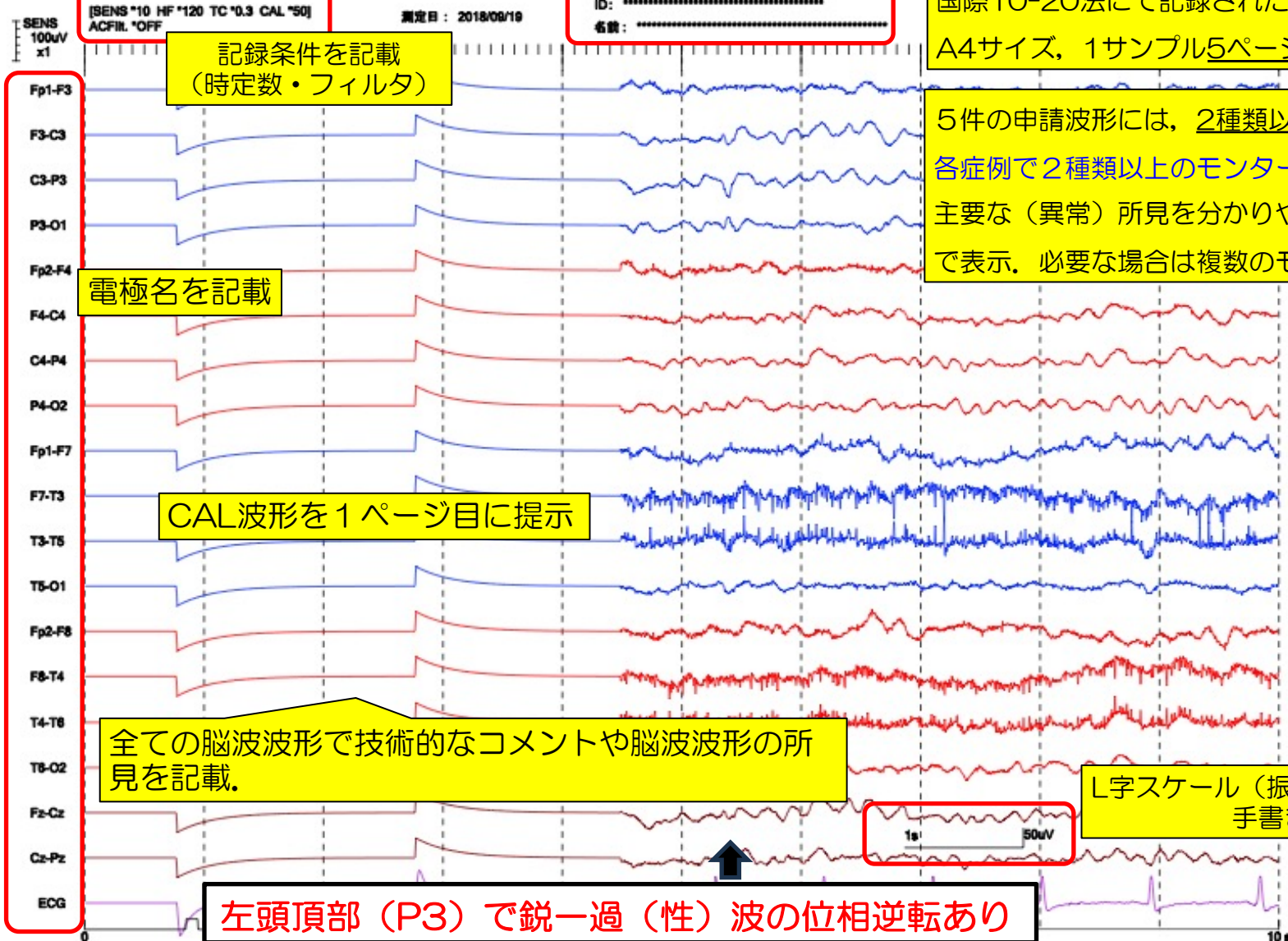
Patient IDとページが
分かるように記載。

見本

技術師用 波形レポート (脳波)

個人情報 (名前・生年月日・ID) は消去

国際10-20法にて記録された脳波を、
A4サイズ、1サンプル5ページ以内で提出。



5件の申請波形には、2種類以上の導出法を含む。
各症例で2種類以上のモニターージュを用意ください。
主要な (異常) 所見を分かりやすい感度と脳波導出法
で表示。必要な場合は複数のモニターージュで提示。

L字スケール (振幅・時間) は必須。
手書きも可。

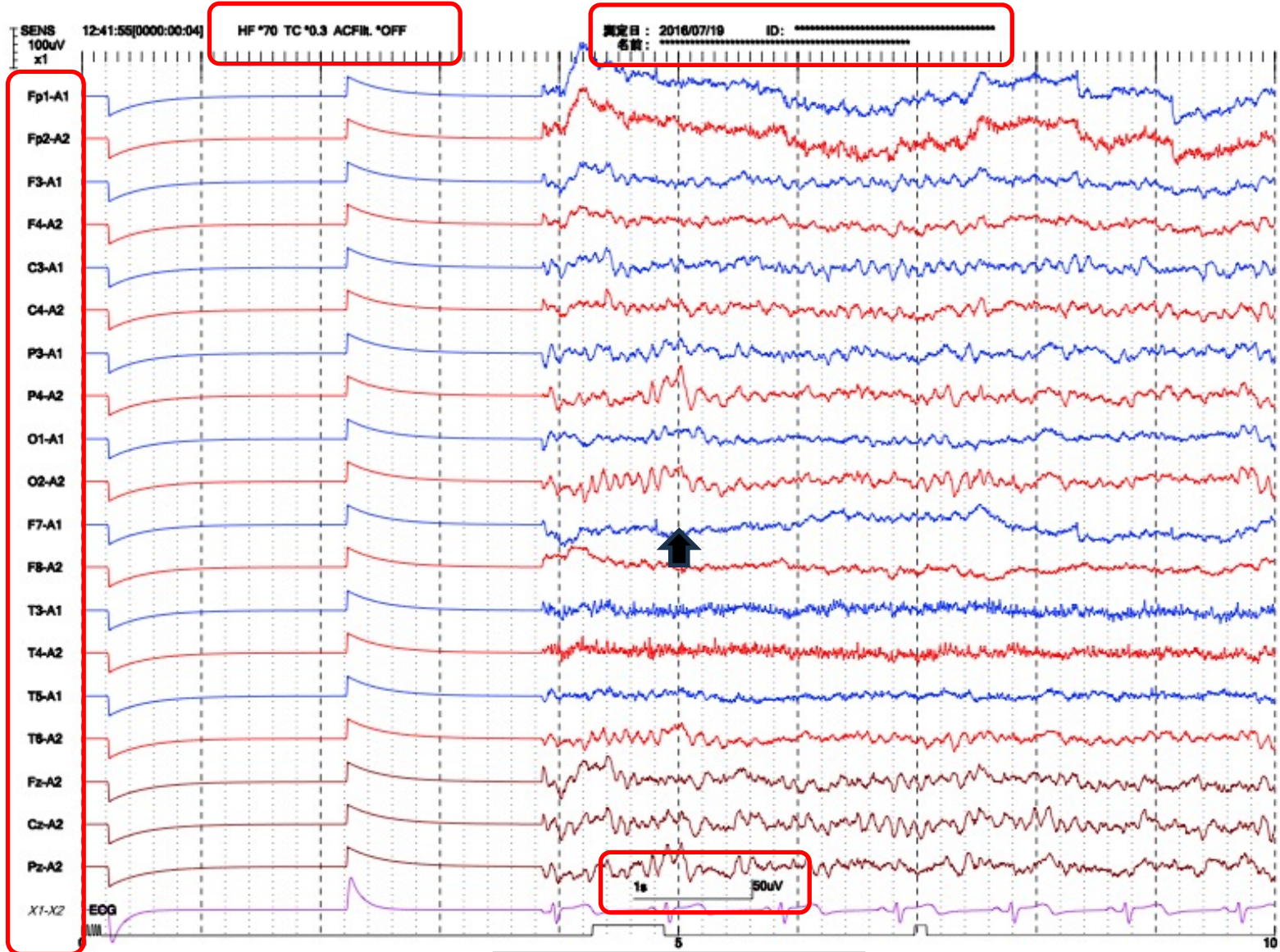
Patient IDとページが分かるように記載。

Patient Information

ID	Pt2	Date of birth	
Name		In Out	Out
Sex	女兒	Doctor	○× △□
Age	8歳6ヶ月	Examiner	申請者氏名
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	### cm	Examination Date	検査日 (○年○月○日)
History	欠神発作		
Comment	<u>記録条件</u> 脳波記録時間：70分，自然睡眠 <u>所見</u> <u>判定</u>		

見本

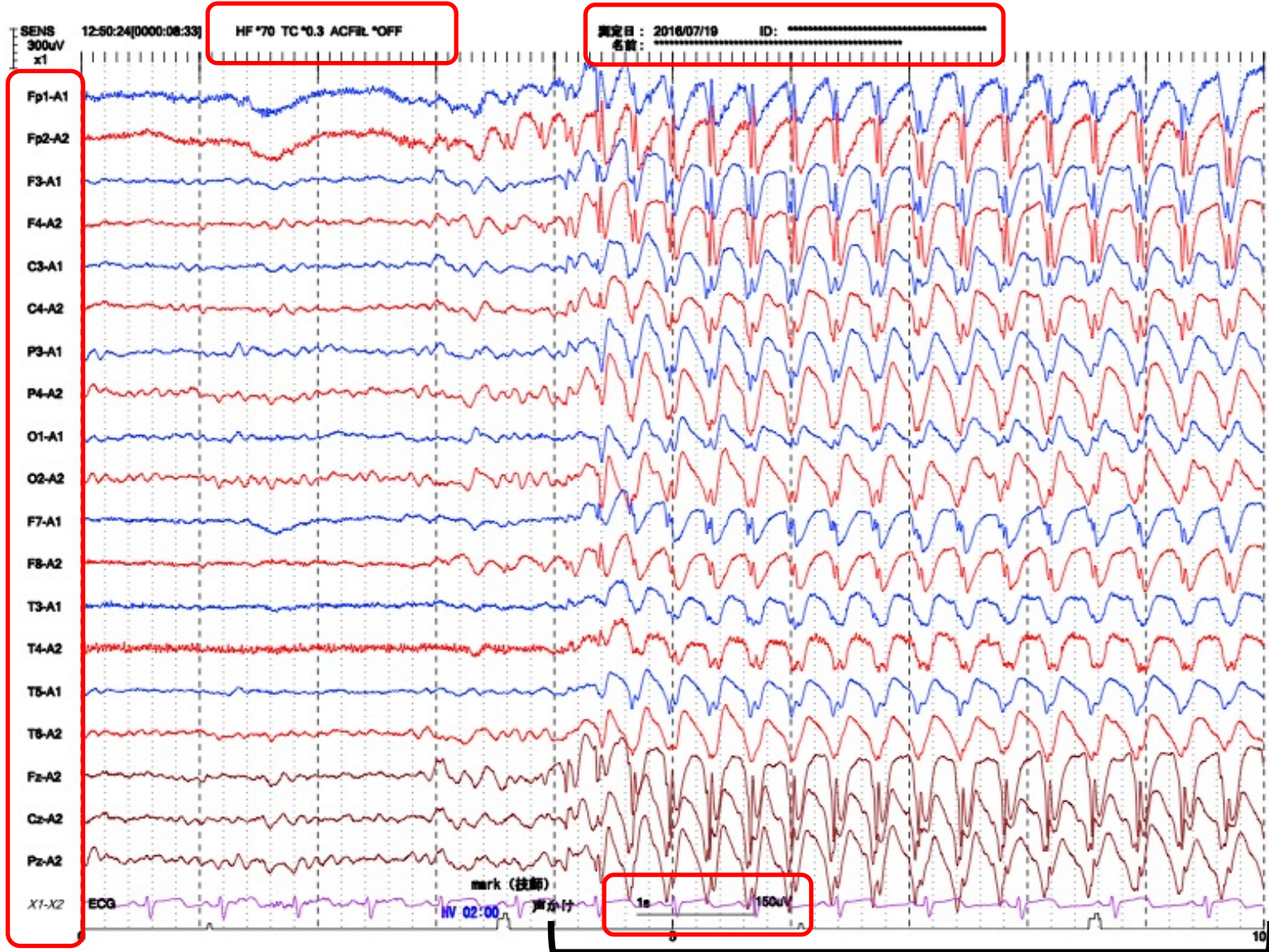
技術師用 波形レポート (脳波)



若年者後頭徐波あり

見本

技術師用 波形レポート (脳波)



3Hz棘徐波複合を認めた