

見本

技術師用 波形レポート (脳波)

Patient Information

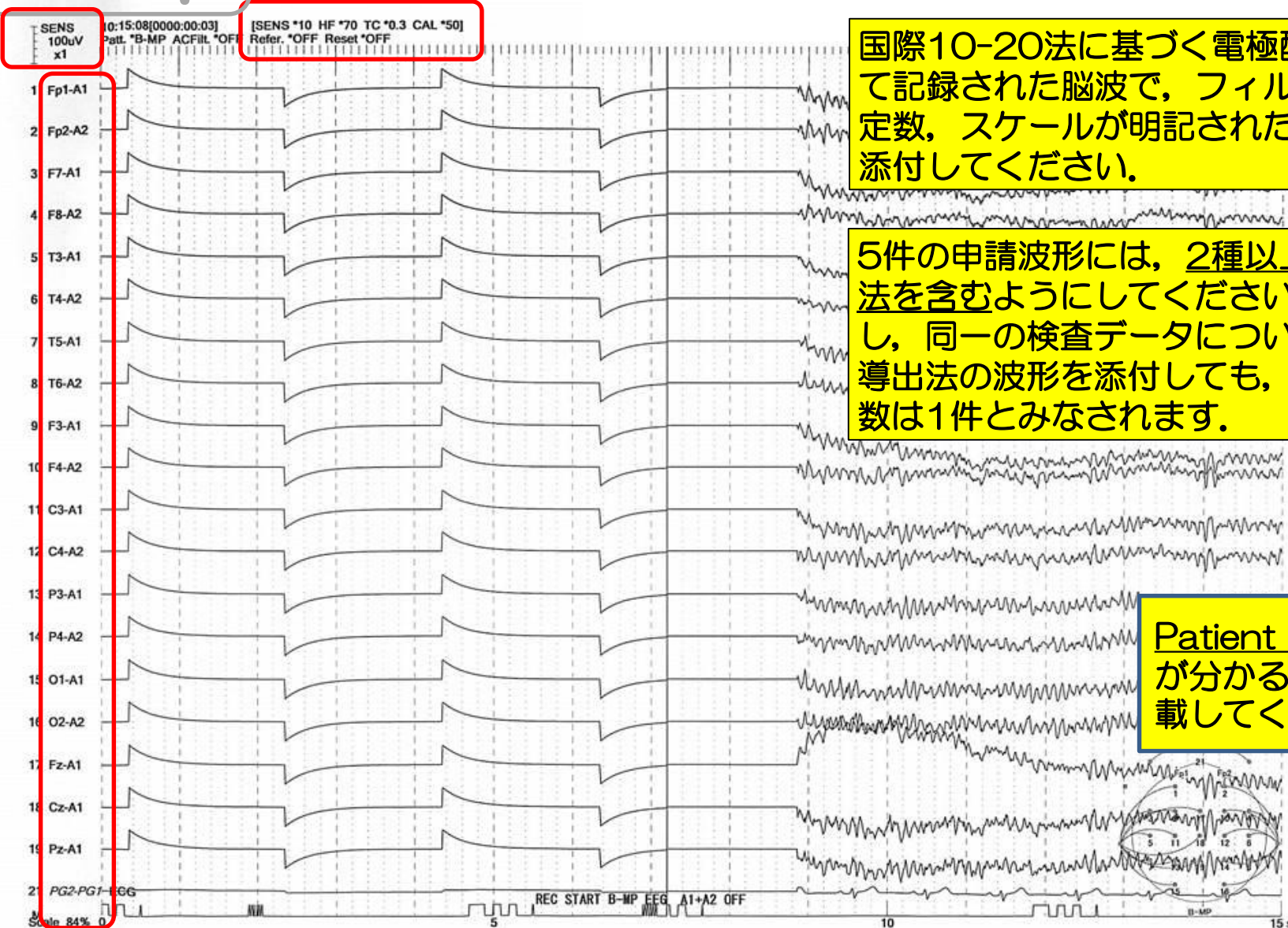
ID	Pt1	Date of birth	生年月日を消してください。
Name	患者の氏名を消してください。	In Out	Out
Sex	女性	Doctor	○× △□
Age	40歳	Examiner	○× △□
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	## cm	Examination Date	##年 ##月 ##日
History	若年性てんかん		
Comment	記録条 脳波記録時間 70分, 自然睡眠		
	所見	施設で使用しているIDは削除して、本申請用に新たにIDを付してください。	
	判定	赤字で示した箇所の明記が必須です。 医師による所見・判定が書かれている場合に、それを消す必要はありません。 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波形 (別紙, A4サイズ, 1サンプル5ページ以内) に添付して提出してください。	

Examiner :

申請者が施行した検査であること、
申請者の署名が必要です。

見 本

技術師用 波形レポート (脳波)



国際10-20法に基づく電極配置法にて記録された脳波で、フィルタや時定数、スケールが明記された波形を添付してください。

5件の申請波形には、2種以上の導出法を含むようにしてください。ただし、同一の検査データについて2種の導出法の波形を添付しても、申請件数は1件とみなされます。

Patient IDとページが分かるように記載してください。

Examiner :

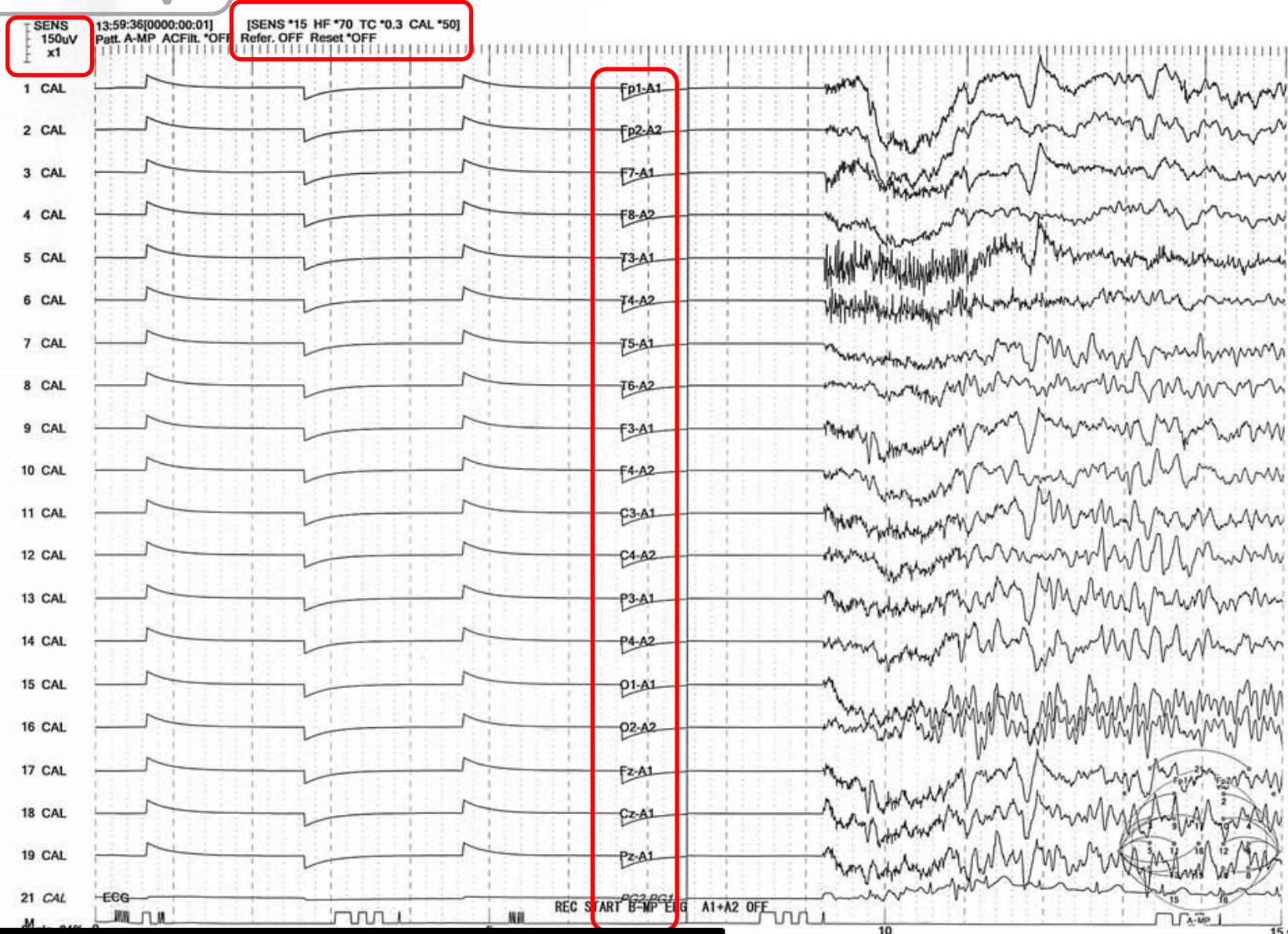
Patient Information

ID	Pt2	Date of birth	
Name		In Out	Out
Sex	男児	Doctor	○× △□
Age	7歳	Examiner	○× △□
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	### cm	Examination Date	##年 ##月 ##日
History	BECT		
Comment	記録条件 脳波記録時間：60分，トリクロリールシロップ 所見 判定		

Examiner_:

見 本

技術師用 波形レポート (脳波)



Examiner :