

医師名 _____

登録番号 _____

カルテ番号 _____

氏名 _____

生年月日 _____

性別 _____

科名 _____

日付 _____

予約日	年	月	日
	午前	午後	時 分

注意事項

1. 検査前日はよく洗髪し、洗髪後はポマードなど整髪料はつけないようにして下さい。
2. 検査時間は、1時間程度ですが、なるべく当日の予定はあけておいて下さい。
3. 5才以下の乳幼児は検査前に睡眠剤を使用することがあります。早く眠れるように当日の朝は早めに起こして昼寝をさせないで来院して下さい。
4. ご都合により、今回の予約を取り消す場合は、必ず検査室までご連絡下さい。

前橋協立病院 TEL 027 (265) 3511 検査室 内線2031

脳波・聴性脳幹反応検査報告書

名前 _____

F
才 M 科名 _____

検査NO. _____
実施日 年 月 日

Laboratory

Rest	P. S	HV	Sleep	T. C.	Filter	Pattern
開閉眼	[] Hz	[] min イ. 完全 ロ. 不完全 ハ. 不可能	イ. natural ロ. induced [] cc. mg	イ. 0.3秒 ロ. 0.1秒	イ. off ロ. 60Hz ハ. 40Hz ニ. Hum	I. II. III. IV. V. VI Free

●技術者
Sighed

REPORT

BACKGROUND ACTIVITY

With Scattered some Hz
mixed much (δ θ α β)
Organization:
poor moderate well
Sleep pattern hump spindle K

NON-PAROXYSMAL

Symmetry, Asymmetry (L R)
Slow wave (Hz μ V)
Lazy activity
Other

PAROXYSMAL

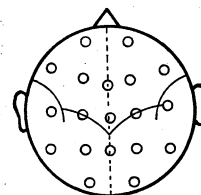
Focal, Nonfocal, Sporadic
Spike with wave
Multiple Spike without wave
Sharp wave
14 & 6Hz positive spikes
Hypsarhythmia
Other

REACTIVITY

α -blocking (+) (±) (-)
Bilud-up (+) (-)
slight moderate big
Photic driving (+) (±) (-)
Hz (Eyes open closed)

LOCATION

L M R
aT mT pT
Fp F C P O
Hemispherical (L R)
Diffuse



IMPRESSION

Degree of abnormality

Within normal limits
Borderline abnormal
Abnormal

mildly, moderately, severely
(intermittently, continuously)

Comments

Dr. _____