

平成 年 月 日

大阪母子医療センター

生理検査予約申込書
(脳波・心電図・心エコー)

[送信先] 大阪母子医療センター
地域連携(患者支援センター)
FAX: 0725-56-5605

【予備】0725-56-7785 (回線混雑時等にご使用ください。)

紹介 医療機関	名称	部署・科 ()		
	TEL	()	FAX	()
	医師名		医師の緊急 連絡先	()

患者情報	ふりがな				□ 男 □ 女
	患者氏名				
	生年月日	平成	年	月	日生 (歳)
	TEL	自宅: () 携帯: ()	FAX	()	
	センター 受診歴	□ 初回 □ 受診歴あり (年 月頃 科)			

依頼内容	診断名				身長
	既往歴				cm
	現病歴				体重
	検査目的	◆脳波検査: 可能であれば賦活(過呼吸、光刺激、睡眠)を実施します。 禁止事項(過呼吸禁止、光刺激禁止など)があればご記入ください。			kg

検査可能日		月	火	水	木	金	検査結果の報告
	脳波	9:10	9:10	9:10	9:10	9:10	波形データ(CD-R)
	心電図			午前		午前	波形データ(CD-R)
	心エコー			9:00			レポート(CD-R)

*検査結果の報告には一週間前後かかります。

希望検査	受診希望日	脳波	心電図	心エコー
	第一希望	月 日	月 日	月 日
	第二希望	月 日	月 日	月 日

*検査は予約制です。予約状況により希望日時に添えないことがあります。

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840	初診予約係(患者支援センター)
地方独立行政法人大阪府立病院機構	TEL: 0725-56-9890(直通)
大阪母子医療センター	0725-56-1220(代表)

生理検査説明書

- 検査は予約制です。予約状況により希望日時に添えないことがあります。
- 検査当日は、検査時間の15分前までに、初診受付までお越しください。
- 検査当日、検査開始時刻に間に合うよう来院されなかった場合は検査が受けられません。検査当日に来院できない場合は早めにご連絡ください。
- 検査の同意、協力が得られない場合は検査中止となります。
- 身長体重は1か月以内に計測されたものを記入してください。
- 検査当日は①保険証・各種医療証、②予約票を忘れずにお持ちください。

脳波検査

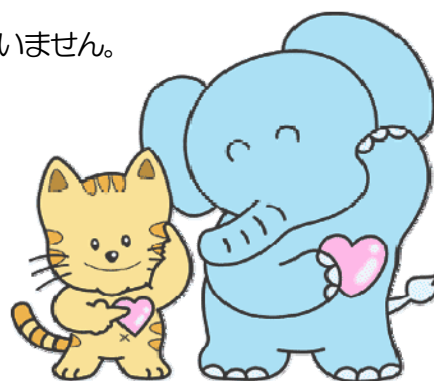
- 検査にかかる時間は1時間程度です。
- 脳波検査では通常、睡眠時の検査をします。睡眠は自然入眠のみです。睡眠導入剤は使用しません。脳波検査で検査時間内に入眠できない場合は覚醒のみの検査となります。
- 検査当日はできれば睡眠不足の状態でご来院ください。また、来院途中で入眠なされないよう、ご注意ください。

心電図検査

- 検査にかかる時間は5分程度です。
- 心電図検査は安静時12誘導のみです。負荷検査は行いません。

心エコー検査

- 検査にかかる時間は30分程度です。
- 心エコー検査では負荷検査は行いません。



地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

TEL 0725-56-1220 (代表)

予約変更・キャンセルについての連絡

TEL 0725-56-9890 (直通)

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時