

脳波検査を受けられる方へ

氏名 _____ 様

検査日時： 月 日 曜日 時 分

受付（外来受付）を済ませ、この用紙を持って、
1階の生理検査室 B4 番へおいでください。

下記の事項をお守り下さい。

- ① 検査前の生活は、特に主治医の指示がない限り普通にされてかまいません。
- ② 検査は約1時間かかります。あらかじめ排尿を済ませておいてください。
- ③ 電極を付ける際、頭皮をアルコールとペーストで擦る為、多少痛みを伴います。ご了承ください。
- ④ 前日に洗髪して、油、ポマード類はつけないでください。
- ⑤ 検査後ペーストが頭皮に残る事があるため、気になる方はブラシや帽子などをご持参ください。
- ⑥ 小さなお子様は、検査中に眠るように昼寝はさせないでください。
(ミルク  等もご持参ください)

※検査日時に不都合が生じた場合は早めにご連絡ください。調整させていただきます。
また、わからないことがありましたら、下記へご連絡ください。

連絡先：社会福祉法人 十善会病院 生理検査室
電話：（代）095-864-0085