

# MEG 検査依頼票

FAX 宛先 : 075-751-3663

京都大学医学研究科てんかん・運動異常生理学講座 MEG 担当者宛

(京大病院地域連携室への患者登録票はこれと別に、  
検査日程決定したあと送信する必要があります)

(患者データ)

フリガナ		性別
患者氏名		男 女
生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日

(貴院データ)

貴医療機関名		診療科	
医師名		EMAIL	
電話番号	— —	FAX 番号	— —

(検査データ)

診 断	
検 査 目 的	
手術予定日 (時期)	
MEG 検査希望日・時間	第 1 希望 月 日 時 分 第 2 希望 月 日 時 分 第 3 希望 月 日 時 分 第 4 希望以下
検査枠 火曜日 13:00 / 15:00 水曜日 10:00 / 13:30 木曜日 13:30	
3D-MRI の準備 (いずれかの口にチェック)	<input type="checkbox"/> 撮影済み MRI ディスクを持参 (撮影日: ) <input type="checkbox"/> 検査同日の撮影を希望
体内金属の有無 有ならその種類(該当するものに ○をつけ必要に応じて書き加え てください)	有 無 歯列矯正 歯科インプラント 頭部手術歴 メタルプレート(材質: ) DBS VNS ペースメーカ 脳室シャント その他( )
その他連絡事項	