



例目

(事務局にて記載)

脳死下臓器提供に関する検証資料フォーマット

(平成26年2月改定)

施設名

患者イニシャル及びID

生年月日

大・昭・平 年 月 日生 才 (男・女)

記載責任者

_____ 印

記載年月日

_____ 年 月 日

目次

1 . 経過のサマリー・コメント.....	1
2 . 病院前救護.....	2
1) 救急車の要請から来院までの経過.....	2
3 . 来院時の所見・処置等.....	3
1) 来院時所見.....	3
2) 受診時の所見・処置.....	3
3) 初回画像所見.....	4
4) 病名.....	4
4 . 治療方法と家族への説明.....	5
5 . 原疾患の治療.....	6
1) 手術.....	6
2) 入院後の管理.....	7
3) 経過中の画像所見など.....	11
6 . 法的脳死判定開始前の状態.....	12
1) 脳病変の推移.....	12
2) 神経症状.....	12
7 . 脳死とされうる状態の診断時.....	13
1) 留意事項.....	13
2) 脳死とされうる状態の診断.....	15
8 . 意思確認について.....	19
9 . 検視等について.....	20
10 . 法的脳死判定における脳波検査について.....	21
1) 脳波（第1回法的脳死判定時）.....	21
2) 脳波（第2回法的脳死判定時）.....	24

1. 経過のサマリー・コメント

診断名：

病院前対応

来院時・初期治療

入院後の経過（入院後の合併症に関する経過も記載）

脳死に至った病態の経緯

例）脳動脈瘤破裂 くも膜下出血 動脈瘤再破裂 脳腫脹 脳ヘルニア 脳死

経過表（血圧や体温等、また可能な限り尿量、身体所見、検査、処置や薬剤投与状況等の治療経過がわかるもの）を添付。

	【動脈血液ガス分析】 :(換気条件:F ₁ O ₂ ____,モード____) pH _____、PaO ₂ _____mmHg、PaCO ₂ _____mmHg BE _____、SpO ₂ _____％
3) 初回画像所見	
C T、または M R I 所見	【施行日時】 平成____年__月__日__時、発症後____時間 【所見及び診断】 (脳浮腫の程度や病期・重症度なども記載・Fisher分類なども記載)
その他の画像所見 (胸部レントゲン等)	【施行日時】 平成____年__月__日__時、発症後____時間 【所見及び診断】
4) 病名	
主病名	
その他の病名	
病歴	【既存症】 (入院前に発症し、継続的な管理を必要とする疾患を記載。治療中のものは、治療も記載。)
	【既往歴】 (過去の手術歴など。)

4 . 治療方法と家族への説明

(診断と、治療法の選択に至った根拠、入院後の治療経過を記載)

治療方針 (入院後の経過・治療内容の概要を含む。)

家族への説明
(診療録のコピーでも可)

5. 原疾患の治療

1) 手術： 有 (施行日：平成____年____月____日____時____分、発症後____時間) 無	
手術適応 有 , 無 判断理由	
(手術有りの場合) 手術術式 術中所見・手術時間 術後経過	(手術無しの場合) 保存的治療の内容について

2) 入院後の管理

入院日時(集中治療室入室日時): 平成____年____月____日____時____分

全身管理

【呼吸管理】

・自発呼吸消失を確認: ____月____日____時____分

	月 日 時 分						
自発呼吸の有無							
全身状態							
呼吸器							
モード							
F _I O ₂							
血液ガス分析							
pH							
PaO ₂ (mmHg)							
PaCO ₂ (mmHg)							
BE							
SpO ₂ (%)							

上記表に、

- 1) 来院時
- 2) 呼吸器のモードを変更した時など、状態が大きく変わった時のデータ
- 3) 脳死とされうる状態診断直前のデータ

を記載。

コメント (ALI, ARDS 等)

【水・電解質管理】

尿崩症 有(有の場合下記を記入) 無

発症日時: ____月____日

治療:(補液、薬物投与の内容、治療開始日等)

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
尿量 (ml/日)							
尿比重							
血清 Na(mEq/L)							
血清 K(mEq/L)							
血清 Cl (mEq/L)							

上記表に、入室時から脳死とされうる状態診断開始までの水・電解質の時系列を記載。
(検査を行った日のデータのみで可。)

【循環管理】昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) 有 (有の場合下記を記入) 無

投与薬物名	使用量 (単位)		投与期間	
	最大投与量	最小投与量	投与開始日時	投与中止日時
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)

上記表に投与薬物名及び投与量について記載。

薬物の投与量は、単回投与の場合は単回投与量、持続投与の場合は、時間投与量 (例: mg/kg/hr) を記載。

コメント (ショックの有無等、循環動態が大きく変わった時の状況について 等)

【頭蓋内圧測定】 有 (有の場合下記を記入) 無

初圧 _____ mmHg (脳灌流圧 _____ mmHg)

最高値 _____ mmHg (脳灌流圧 _____ mmHg)

【過換気療法】 有 (有の場合下記を記入) 無

施行日: _____ ~ _____

【低体温療法】 有 (有の場合下記を記入) 無

施行日: _____ ~ _____ 目標温度: _____ (測定部位) _____

【バルビタール療法】 有 (有の場合下記を記入) 無

施行日: _____ ~ _____

【その他】

_____ : 施行日: _____ ~ _____

_____ : 施行日: _____ ~ _____

コメント

【神経系の管理】

・脳圧降下薬の投与の有無等

_____ : 投与日 : _____ ~ _____

_____ : 投与日 : _____ ~ _____

コメント

【入院後合併症の管理】

・合併症の有無 有 無

・合併症有りの場合

病名 :

経過・治療概要 :

バイタルサインおよび検査値	治療開始時 (__月__日)	最高値		最低値		脳死とされうる状態と診断された時 (__月__日)
		日付		日付		
血圧(/ mmHg) 体温() (測定部位も記載) PaO ₂ /F _I O ₂ (P/F 値) Hb (g/dl) Ht (%) CVP (mmHg) 尿量(ml/日) 尿比重 血清 Na (mEq/l) 血清 K(mEq/l) CRP (mg/dl) WBC (/mm ³) 総蛋白 (g/dl) アルブミン (g/dl) 血糖(mg/dl) その他						

上記表に記載できない場合には、必ず上記の項目を含む血液検査の時系列および経過表を提出。

3) 経過中の画像所見など： 有（有の場合下記に記入） 無
 （ 来院時から脳死とされうる状態の診断時までに行った全ての画像所見に関して記載。）

	所見
____月 ____日 ____時 ____分 発症 時間後 C T M R I その他 ()	【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher 分類など）等も記載。
	所見
____月 ____日 ____時 ____分 発症 時間後 C T M R I その他 ()	【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher 分類など）等も記載。
	所見
____月 ____日 ____時 ____分 発症 時間後 C T M R I その他 ()	【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher 分類など）等も記載。
	所見
____月 ____日 ____時 ____分 発症 時間後 C T M R I その他 ()	【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher 分類など）等も記載。

6、法的脳死判定開始前の状態

1) 脳病変の推移	
2) 神経症状	

7、脳死とされうる状態の診断時

1) 留意事項	<p>【人工呼吸の継続時間】 人工呼吸開始: ___月___日___時___分 ~ 脳死とされうる状態の診断開始 ___月___日___時___分 (通算___時間)</p> <p>【深昏睡の持続時間】 深昏睡確認: ___月___日___時___分 ~ 脳死とされうる状態の診断開始 ___月___日___時___分 (通算___時間)</p> <p>【脳死判定に影響し得る薬物効果の除外】 ・鎮静薬、抗痙攣薬: 有 (有の場合下記を記入) 無</p>																																																																	
脳死判定開始時に使用されていなくても、脳死とされうる状態と診断するまでに使用があった場合、記載。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">使用薬物の名称</th> <th style="width: 10%;">総使用量 (単位)</th> <th style="width: 15%;">投与開始日時</th> <th style="width: 15%;">投与中止日時</th> <th style="width: 10%;">投与中止後経過時間(時間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ミダゾラム</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>ジアゼパム</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>プロフォール</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>フェンタニール</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>フェニトイン (ホスフェニトイン)</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>バルビタール</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>塩酸モルヒネ</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>その他 (_____)</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量 (おおよその値) または、持続投与の場合は、時間投与量 (例: ~ mg/kg/hr) を記載。 2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。</p> <p>・筋弛緩薬: 有 (有の場合下記を記入) 無 筋弛緩薬使用の場合、神経刺激装置による判定: 有, 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">使用薬物の名称</th> <th style="width: 10%;">使用量 (単位)</th> <th style="width: 15%;">投与開始日時</th> <th style="width: 15%;">投与中止日時</th> <th style="width: 10%;">投与中止後経過時間(時間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>臭化ベクロニウム</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>臭化ロクロニウム</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> <tr><td>その他 (_____)</td><td></td><td>月 日 時 分</td><td>月 日 時 分</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量 (おおよその値) または、持続投与の場合は、時間投与量 (例: ~ mg/kg/hr) を記載。 2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。</p>	使用薬物の名称	総使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間(時間)	ミダゾラム		月 日 時 分	月 日 時 分		ジアゼパム		月 日 時 分	月 日 時 分		プロフォール		月 日 時 分	月 日 時 分		フェンタニール		月 日 時 分	月 日 時 分		フェニトイン (ホスフェニトイン)		月 日 時 分	月 日 時 分		バルビタール		月 日 時 分	月 日 時 分		塩酸モルヒネ		月 日 時 分	月 日 時 分		その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分		使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間(時間)	臭化ベクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分		臭化ロクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分		その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分	
使用薬物の名称	総使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間(時間)																																																														
ミダゾラム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
ジアゼパム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
プロフォール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
フェンタニール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
フェニトイン (ホスフェニトイン)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
バルビタール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
塩酸モルヒネ		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間(時間)																																																														
臭化ベクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
臭化ロクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															

・その他の薬剤

使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後 経過時間(時間)
()		月 日 時 分	月 日 時 分	
()		月 日 時 分	月 日 時 分	
()		月 日 時 分	月 日 時 分	

- 1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量（およその値）または、持続投与の場合は、時間投与量（例： ~ mg/kg/hr）を記載。
- 2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。

【血中、尿中薬物スクリーニングの有無】

有、 無

(方法、結果について記載)

2) 脳死とされうる状態の診断

検査開始日時：__月__日__時__分

【開始時確認事項】

開始時体温：_____（測定部位：_____） 深部温に限る。
 確認）・6歳未満 35 ・6歳以上 32

開始時血圧：_____ / _____ mmHg
 確認）収縮期
 ・1歳未満 65mmHg
 ・1歳以上13歳未満 (年齢×2) + 65mmHg
 ・13歳以上 90mmHg

開始時心拍数：_____回/分
 重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）の使用： 有（薬品名_____） 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響：
 脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認

自発運動	:	有	無
除脳硬直	:	有	無
除皮質硬直	:	有	無
けいれん	:	有	無
ミオクローヌス	:	有	無

【確認事項】

意識レベル JCS：_____ GCS：E_____ V_____ M_____ 合計_____

瞳孔径 4mm以上： 右) _____ mm 左) _____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) 有 無	左) 有 無
角膜反射	右) 有 無	左) 有 無
毛様脊髄反射	右) 有 無	左) 有 無
眼球頭反射	有 無	
前庭反射 ¹⁾	右) 有 無	左) 有 無
咽頭反射	右) 有 無	左) 有 無
咳反射	有 無	

¹⁾ 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分

実際に記録した正味時間 分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

(記載例 C3-A1)

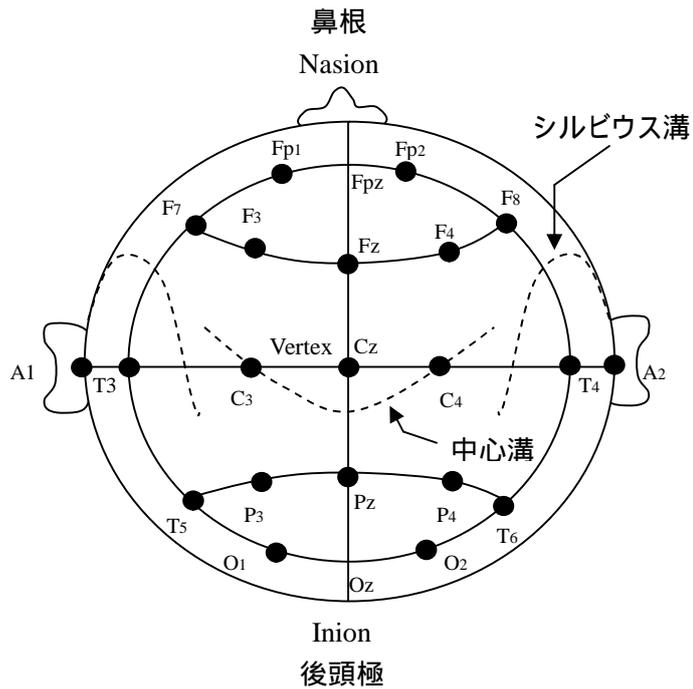
i) 単極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ii) 双極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

補助検査

・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

刺激側

両耳刺激 片耳刺激（ 左耳刺激 右耳刺激）

刺激音強度

最大音圧刺激（ _____ dB） その他（ _____ dB）

電極配置

Cz - A1 Cz - A2

加算回数 _____回

結果

波のみ ~ 波すべて消失 その他（ _____ ）

・その他の検査

検査名及び結果

備考欄

検査終了日時：__月__日__時__分

【終了時確認事項】

終了時体温：__ (測定部位：__) 深部温に限る。

確認) ・ 6歳未満 35 ・ 6歳以上 32

終了時血圧：__ / __ mmHg

確認) 収縮期

- ・ 1歳未満 65mmHg
- ・ 1歳以上 13歳未満 (年齢×2) + 65mmHg
- ・ 13歳以上 90mmHg

終了時心拍数：__回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

以上の結果から、 脳死とされうる状態と診断される
脳死とされうる状態と診断できない

8. 意思確認について

- ・ 本人意思 (意思表示カードの所持の有無等) 家族意思の確認

意思表示カード等の所持： 有 無

(有の場合)

意思表示の時期：__年__月__日

意思表示の内容 (いずれかに を記載)

- 1 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
- 2 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 3 私は、臓器を提供しません。

コーディネーターから臓器提供の説明を聞くかを家族に確認した時期

__年__月__日

日本臓器移植ネットワークへの連絡

__年__月__日

9. 検視()等について

確実に診断された内因性疾患により脳死状態にあることが明らかである者：

該当する 該当しない

(該当しない場合)

脳死判定を行う旨を所轄警察署長に連絡した日時：

___月___日___時___分

検視等の有無：

有 無

(有の場合)

検視等()が行われた日時：

___月___日___時___分 ~ ___月___日___時___分

警察署名：_____

() 検視等：検視、実況見分、司法解剖、警察官が国家公安委員会規則に基づいて行う死体検分等

10. 法的脳死判定における脳波検査について

1) 脳波 (第1回法的脳死判定時)

記録時刻 __月__日__時__分 ~ __月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

(記載例 C3-A1)

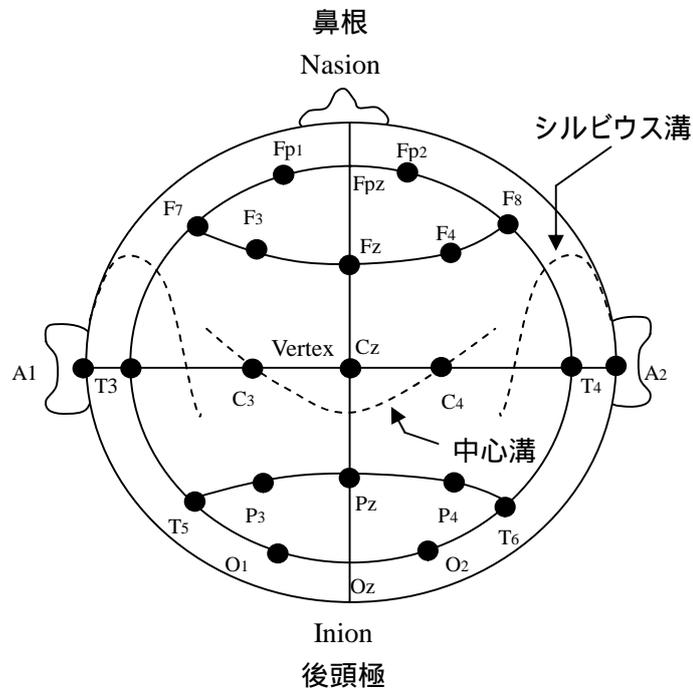
i) 単極導出

<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												

ii) 双極導出

<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,												

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

補助検査

・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

刺激側

両耳刺激 片耳刺激（ 左耳刺激 右耳刺激）

刺激音強度

最大音圧刺激（ _____ dB） その他（ _____ dB）

電極配置

Cz - A1 Cz - A2

加算回数 _____回

結果

波のみ ~ 波すべて消失 その他（ _____ ）

・その他の検査

検査名及び結果

備考欄

2) 脳波 (第 2 回法的脳死判定時)

記録時刻 __月__日__時__分 ~ __月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

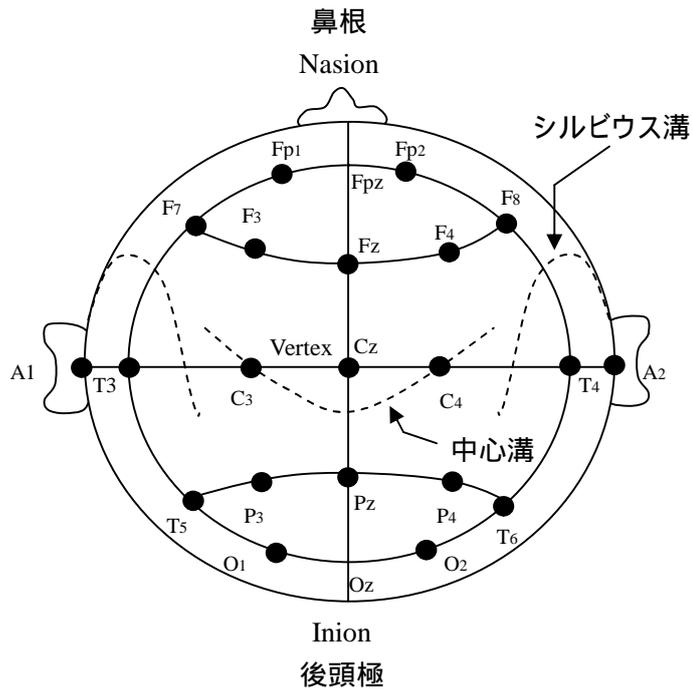
(記載例 C3-A1)

導出は第 1 回と同じ (以下の記入は省略可)

i) 単極導出

ii) 双極導出

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度): _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

