

患者ID		性別/年齢	/
氏名		診療科/病棟	/
生年月日		依頼医	

RI検査予約票 (SPECT) (検査名) 脳血流シンチ

(検査日時)

来院時間： 年 月 日 () 時 分

注射時間： 年 月 日 () 時 分

検査時間： 年 月 日 () 時 分

脳血流シンチ検査に関する注意事項です。必ずお読み下さい。

1. 検査当日の注意事項

- 食事制限はありません。
- 日頃飲まれているお薬の服用については、主治医の指示に従って下さい。
- 放射性医薬品というお薬を注射して検査を行ないます。
- 検査時間は約30分間です。その間静止が必要になります。(無理そうな場合は主治医にご相談下さい。)
- 当日は来院時間までに再来受付機で手続きを行って下さい。
- 予約時間に遅れますと検査時間を変更させていただく場合や、検査を受けられない場合があります。
- この予約票と再来受付機より発券される受付票を核医学検査室受付へ提出して下さい。

2. キャンセルについて

- キャンセルは必ず前日正午までに紹介元医療機関へご連絡下さい。
放射性医薬品は非常に高価で、予約人数分のみ購入しています。
- 連絡なくキャンセルされた場合や時間に遅れて検査が出来なかった場合には、放射性医薬品の費用を請求する場合があります。

3. 予約変更やキャンセルにつきましては、紹介元医療機関へご連絡、ご相談の上、紹介元医療機関より患者サポートセンターへご連絡下さい。

一般財団法人
甲南会

甲南医療センター

〒658-0064 神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

代表 (TEL) 078-851-2161

患者サポート
センター (TEL) 078-851-0122