

## 核医学検査(骨シンチ)を受けられる方へ[撮影]

I D:

名前: 様

検査予約日時

年	月	日	曜日	時	分
---	---	---	----	---	---

です。

☆検査30分前までに、1階⑧番の初診受付にて保険証と紹介状を提出後  
地下 放射線科検査室受付に この用紙と診察券を提出してください。

上記の時間に、撮影をおこないます。

上記の時間までに、地下1階・診療放射線科受付へお越しください。

<検査目的>

骨の病気や異常を調べる検査です。

<検査説明、注意事項など>

1. 食事の制限はありません。
2. 検査時間は約30分です。
3. 良い画像を撮影するために、検査直前に排尿をしていただきます。

※予約日時に都合が悪くなった時にご連絡ください。

大和市立病院:Tel 046-260-0111