

核医学検査(脳血流IMP)を受けられる方へ

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、検査に必要な薬を静脈注射し、続けて撮影を行います。

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>

脳の血流状態を調べる検査です。

<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90分です。
3. 検査中は体を動かさないようにしてください。

※予約日時に都合が悪くなった時はご連絡ください。

大和市立病院:Tel 046-260-0111