

核医学検査(ドパミントランスポーターシンチ)を受けられる方へ

I D:

名前:

様

注射予約日時

年 月 日 曜日 時 分 です。

**☆注射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1階 診療放射線科受付に 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。

検査予約日時

年 月 日 曜日 時 分 です。

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>

パーキンソン症候群、レビー小体型認知症などを調べる検査です。

<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60分です。

※予約日時にご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