

核医学検査(副腎皮質【アドステロール】)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。

<検査説明、注意事項など>

1. 食事の制限はありません。
2. 撮影は1週間後になります。

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>

副腎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。
3. 検査時間は約30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。