**埼玉医科大学国際医療センター**

**脳血流SPECT（ECD）検査予約票（院外紹介用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名： |  | 様 | 生年月日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約日時： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 |

予約時刻の**30分前**に、C棟１階SPECT（スペクト）検査室受付へお越しください。

なお当日の薬剤準備などの都合上、少々お待ちいただく場合があります。

その他の注意事項

* 特に食事制限、飲水制限はありません。
* 内服薬も通常通り服用していただいて構いません。
* **検査スケジュール**（全体で1時間程度かかります）

**来院 → 問診 → 注射・撮影（約30分）→ 会計**

* 検査時は光の刺激を減らすため、目隠しをします。
* 検査が受けられなくなった場合、予約の変更が必要な場合は、なるべく早めに（遅くとも前日までに）ご連絡をお願いします。

**埼玉医科大学国際医療センターSPECT検査受付　TEL 042-984-4135（平日・土曜 8:30〜17:30）**