

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)