

埼玉医科大学国際医療センター  
ガリウムシンチグラフィ検査予約票（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。
- オムツ、パッド、ナプキンなどご使用の方はご持参ください。
- **検査スケジュール**（初日は注射のみで2～3日後に撮影を行います（2回来院が必要です））  
**注 射 日**：来院 → 問診 → 注射（約10分）  
**撮 影 日**：来院 → 撮影（約60分） → 会計
- 撮影日の来院時間は注射日にお知らせいたします（相談可）。
- まれに撮影条件がうまくいかない場合、さらに翌日の来院・撮影をお願いする場合があります。
- 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）