**埼玉医科大学国際医療センター**

**脳アミロイドPET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**1時間前**に、C棟１階PET（ペット）検査室の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**（どの曜日でも検査終了まで2時間ほどかかります）

**来院 → 注射 → 待機（30~90分） → 撮影（10~20分）→ 会計**

* 検査をキャンセルする場合、予約の変更が必要な場合は、遅くとも２日前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PET検査受付　TEL 042-984-4134（平日・土曜 8:30〜17:30）**