

埼玉医科大学国際医療センター
心筋交感神経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。
- **検査スケジュール**（全体で3～4時間程度かかります）

**来院 → 問診 → 注射 → 撮影(約30分) → 待機(2～3時間) →
→ 撮影(約30分) → 会計**

- 待機時間は院外に出ても構いません（お知らせいたします撮影時間までに必ずお戻りください）。
- 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）