**埼玉医科大学国際医療センター**

**核医学検査予約票（院外紹介用）**

**（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

* 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）**