

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てください。

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）