

核医学検査(ドパミントランスポーターシンチ)を受けられる方へ[注射]

I D:

名前: 様

検査予約日時

--

☆検査30分前までに、1階⑫番の初診受付にて保険証と紹介状を提出後
地下 放射線科検査室受付に この用紙と診察券を提出してください。

上記の時間に、検査に必要な薬を静脈注射します。

上記の時間までに、地下1階・診療放射線科受付へお越しください。

<検査説明、注意事項など>

1. 食事の制限はありません。
2. 撮影を始めるのは数時間後になります。

※予約日時に都合が悪くなった時にご連絡ください。

※予約日時に都合が悪くなった時にご連絡ください。

大和市立病院:Tel 046-260-0111