

ID : _____ 氏名 : _____ 様

あなたの検査は 骨シンチ です。

1. 撮影の前に注射をおこないます。

↓ 再来受付機で受付を行い、放射線科受付までお出で下さい。

↓ 注射日時 : _____ 予約日同日 _____ 午前 10時00分

2. 時間をおいて撮影します。

予約(撮影)日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

* 予定時間の15分前までにお出で下さい。

◆こんな検査です◆

全身の骨の炎症などを検査します。

◆注意事項◆

撮影直前に必ず排尿して下さい (核医学検査室にトイレあります)

その他は特にありません (食事は可能です)

◆検査所用時間◆

注射 : 約5分 (注射後3~4時間で撮影します)

撮影 : 約40分

○ご不明の点や体調がすぐれない等ございましたら、ご遠慮なくお申し出ください。

○検査日に来院できない場合は、早めにご連絡お願いいたします。

(厚) 小千谷総合病院 放射線科
電話 0258-81-1600(内線 2110)