

ID : _____ 氏名 : _____ 様

あなたの検査は 交感神経機能シンチ です。

- ①. 患者サポートセンターで受付後、放射線科受付までお出で下さい。
注射後1回目の撮影になります。

↓
予約日時（撮影1回目）： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

- ②. 注射から3時間後2回目の撮影となります。

（撮影2回目）： 注射3時間後

* 予約時間の15分前までにお出で下さい。

◆こんな検査です◆

心臓交感神経機能をみながらパーキンソン病の補助診断し、またパーキンソン症候群との鑑別を行うための検査です。

◆注意事項◆

- 食事の制限はありません
- 内服薬に制限がある場合はご案内します。

◆検査所用時間◆

- ① 検査薬を注射します。(約5分)
- ② 注射15分後に1回目の撮影をします。(約10分)
- ③ 病院内でお待ちください。
- ④ 注射3時間後に2回目の撮影をします。(約10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)