

ID : _____ 氏名 : _____ 様

あなたの検査は 脳(ドパミントランスポーター)シンチ です。

1. **予約(撮影)日時の3時間前**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 _____ 時 _____ 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◆

この検査の対象となる病気は認知症疾患です。パーキンソン症候群、レビー小体型認知症における黒質線条体ドパミン神経の脱落の有無を調べるのが目的となります。

◆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お知らせします。
- 本剤はエタノール含有製剤ですので、極度にアルコールに対して過敏な方はお知らせください。

◆検査所用時間◆

注射 : 約5分 (注射3時間後に撮影します)

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)