

ID : \_\_\_\_\_ 氏名 : \_\_\_\_\_ 様

あなたの検査は 甲状腺（テクネ）摂取率シンチ です。

当日は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。

予約日時 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

\* 予約時間の15分前までにおいで下さい。

◆こんな検査です◆

左右の甲状腺機能を検査します。注射後20分で撮影を開始します。

◆注意事項◆

特にありませんが、妊娠中及び授乳中の方は申し出てください。

◆検査所用時間◆

約30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)