

様

**検査予約日：令和 年 月 日（ ） 時 分**

## ◆当日のご案内

### 1 ご来院時間・受付場所

- (1) 受付手続きのため、予約時間の30分前に1階の初診受付までお越しください。
- (2) 受付手続きが終わりましたら、地下1階の画像診断受付までお越しください。

### 2 持ち物

- (1) SPECT検査のご案内（この用紙）
- (2) 脳血流SPECT検査依頼書兼紹介状（診療情報提供書）
- (3) 健康保険証、各種医療証
- (4) 診察カード（以前、脳卒中・神経脊椎センターにかかったことがある方のみ）

### 3 検査時間

検査時間は1時間程度です。

※検査当日、使用する機器等のトラブルにより、まれに検査ができないことがあります。

このような場合は、検査日を変更させていただきますのでご了承ください。

### 4 費用

保険3割負担の場合で約21,000円です。

## ◆検査のご案内

1 お食事は、普通にとっていただいて結構です。

2 お薬の内服については、そのお薬を処方した医師にご相談ください。

3 検査依頼医師から、資料（X線写真、CD-R等）を預かっている場合は、忘れずにお持ちください。  
資料は、検査終了後にお返しします。

4 この検査に用いる薬は、時間と共に効力が無くなる性質があり、検査の都度取り寄せて行いますので、  
約束の時間を守っていただくようお願いします。

また、大変高価なものですので、キャンセルする場合は、

前日16時までにSPECT検査室（電話：045-753-2500 内線6221又は2642）へ直接ご連絡ください。

【問合せ】横浜市立脳卒中・神経脊椎センター  
地域連携総合相談室  
電話 045-753-2500（代表）