

様

---

**検査予約日：令和      年      月      日（      ）      時      分**

---

## ◆当日のご案内

- 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階の初診受付にお越しください。  
(2) 受付手続きが終わりましたら、地下1階の画像診断科受付までお越しください。
- 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）
- 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。
- 費用  
保険3割負担の場合で約20,000円です。

## ◆検査のご案内

- お食事は普通にとっていただいて結構です。
- 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。
- 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。
- 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、検査のつど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）