

核医学検査予約票

患者氏名： _____ 様

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査名： _____ 脳血流 IMP

検査日：	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

来院していただく時間	検査予約の 1時間前 までにご来院ください
お持ちいただく物	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診察券(西部病院に受診歴がある方のみ) ・ 健康保険証(各種公費医療証など) ・ 診療情報提供書【検査予約患者紹介状】 ・ 予約票
検査目的と内容	<p>■ 検査内容 脳血流シンチ(IMP)検査では、放射性同位元素(ラジオアイソトープ)を含む薬を静脈注射し、その薬が脳に取り込まれる様子を特殊なカメラで撮影します。これにより、脳の血流や機能の状態を画像として調べることができます。</p> <p>■ 検査の目的 脳の血流や機能状態の評価 脳梗塞後や手術後の機能評価 もやもや病などの経過観察 認知症や物忘れの原因把握</p> <p>■ 放射線について 検査薬から放出される放射線は「ガンマ線」であり、体への影響はきわめて少なく、安全に検査を受けていただけます。</p>
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事制限はありません。(腹部を含まない場合) * ただし、他の検査で食事制限がある方は召し上がらないでください。

注射・撮影	年	月	日	時	分
-------	---	---	---	---	---

* 検査薬の注射と同時に撮影を行います。(撮影時間は約45分です)

【 ご注意ください 】

- * この検査では、食事制限はありません。
他の検査などで食事制限がある場合は、糖尿病薬(インスリンを含む)は使用せずにご持参ください。
ただし、他の内服薬は通常通りお飲みください。
- * お顔や爪の色で具合が悪くないかを確認しますので、お化粧品やマニキュアはしないでください。
- * 妊娠・授乳中の患者さまは、放射線技師・看護師にお知らせください。

画像診断部(レントゲン受付)