

# ドパミントランスポーターシンチ検査のご案内

## (ダットスキャン)

検査日 月 日 時 分

当日は、検査開始 30 分前までに 1 階総合相談窓口で受付をしてください。

【持ち物】

①患者情報紹介状（診療情報提供書）

②保険証

① 70 歳以上の方は、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証

④ 以前に当センターをご利用されたことのある方は、当センターの利用者カードが必要です。  
(再発行には手数料がかかりますのでご了承ください)

1. 午前中は注射だけで、午後に撮影を行います。午後の撮影時間は当日お知らせしますが、注射後 3~4 時間です。午後の撮影時間は約 40 分です。(仰向けに寝た状態で約 30 分の静止が必要です)
2. 休薬が推奨される薬剤があります。ただし、服薬を中止することによって症状が悪化する可能性もありますので、中止するかどうかは主治医（紹介元医療機関）の判断に従ってください。
3. 薬品にアルコールが微量含まれています。アルコールの全く飲めない方は、本検査を受けられません。また、センターにご来所される時は自転車・バイク・車などの運転は控えてください。
4. 食事は通常通りお召し上がりください。
5. 検査は服を着用したままで行いますので、金具の少ない衣類でお越しください。金具がある場合は検査衣に着替えていただきます。
6. 検査前日（前日が土曜・日曜・祝日の場合はその前日）に、時間などの確認のためにご自宅に電話をさせていただきます。
7. 放射性医薬品は高価で入手に時間がかかりますので、予約の変更は極力ご遠慮ください。やむを得ず予約の変更をする場合は、2 日前までにご連絡ください。予約時間に遅れますと検査ができなくなることがあります。都合により来られない場合、または、ご不明な点がありましたら、センターにご連絡ください。
8. 身体の不自由な方、介助が必要な方は、ご家族等付き添いの方と一緒にお願いします。検査終了時間まで付き添いが必要となりますので、ご注意ください。
9. 料金の目安（医療保険適用の場合）

1 割負担	3 割負担
8,600 円位	26,000 円位

※ 診療報酬改定などにより変更になる場合があります。

10. 検査結果につきましては、紹介元医療機関にお返しいたしますので、後日紹介された医療機関へお越しください。

連絡先：横浜市総合保健医療センター

共同利用受付：045-475-0339