脳血流シンチ（SPECT）検査のご案内

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。
（ただし、検査開始９時の方は、８時 45 分からの受付となります）
【持ち物】
①患者情報紹介状（診療情報提供書）
②保険証
③70 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. 検査時間は、約 45 分です。
2. 妊娠の可能性のある方・授乳中の方は検査を受けられません。
3. 食事は通常通りお召し上がりください。
4. 検査は服を着用したままで行えますが、検査部位に金属がある場合は検査衣に着替えていただきます。
5. 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。インターネット予約で申し込まれた場合は、検査当日に付き添われる方のお名前と続柄を、特別事項欄に記載してください。
6. 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。
7. 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越しください。
8. 料金の目安（医療保険適用の場合）

＜脳血流シンチ＞

１割負担	３割負担
７，５００円位	２２，０００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。また、使用する放射性医薬品によっては、料金が変わります。

9. 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