

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

## 検査予約票

I D 番号： ー

氏 名： 様

検査種： 骨シンチ検査

検査予約日時： 年 月 日 ( )

9時15分 1階新患受付

9時30分 診察・注射（地下1階R1室）

15時 または 15時30分 撮影（地下1階R1室、最大30分程度）

### 【注意事項】（よくお読みください。）

- 検査予約日の9時15分に、この用紙と保険証を持って、1階新患受付にお越しください。  
（当院の診察券をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。）  
「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。
- 食事は普通にとってかまいません。
- 妊娠疑い、妊娠中または授乳中の方は、検査を受けられません。
- 検査は原則的に衣服を着たままで行います。
- 緊急検査等により予約時間より遅れることもあります。ご容赦下さい。

### 【安全に検査を行うために、以下のことをお守りください】

- かかりつけの先生から「付き添いが必要」と指示された方は、ご家族の付き添いをお願いします。

### 【骨シンチ検査とは？】

骨シンチ検査とは、放射性医薬品を注射することによりそれが全身の骨に集まった後、全身の骨から放出される微量の放射線を、専用のシンチカメラで検出し、全身の骨の形や代謝を知る検査です。

### 【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約19,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し、検査予約日の前日午前中までに、地域医療連携室までご連絡ください。

済生会横浜市南部病院 地域医療連携室 TEL 045-832-8337（直 通）

夜間救急センター TEL 045-832-1111（内線330）