

RI 検査を受けられる方へ

Ga シンチ

注射日 年 月 日 (時 分)

撮影日 年 月 日 (時 分) (注射から3日後)

1. 注射日、撮影日ともに食事の制限はありません。
2. 放射性医薬品を注射しますが、副作用の心配はなく、身体への影響はありません。
3. 上記の「注射日」は、検査のために注射を行います。
撮影は、注射日の3日後になります。撮影時間は、およそ20分です。
4. 注射後は帰宅していただいて結構です。下剤をお渡ししますので帰宅してから、下表のとおり下剤を服用して下さい。
5. 下剤を服用して下痢が頻回にあれば1回量を少なくしてもかまいません。ただし便が出ていないと正確な検査結果が出ないことがあります。

※ラキソベロン1回に1目盛=10ml

月日	朝食後服用	昼食後服用	夕食後服用
/		○	○
/	○	○	○
/	○	○	○
/	○		

★注意事項およびお願い★

- ・ ご来院の際は受診予約票、保険証、受診券（過去に受診のある方）をご持参ください。
- ・ 予約時間に遅れると、他の予約患者さんに支障がでるおそれがあります。時間には余裕をもって15分前にご来院願います。
- ・ 検査日にご都合が悪くなった時は、早めにご連絡ください。
- ・ 妊娠中の方、あるいはそう思われる方は、主治医に相談してください。授乳中の方は、検査後2日間は授乳しないでください。
- ・ 予約票は、薬品注射日に必ずご持参ください。
- ・ その他ご不明な点は、下記へお問い合わせください。

●受付場所●

ご来院の際は、1階の「紹介患者受付」にお越しください。



問い合わせ先

〒 747-8511

山口県防府市大字大崎 10077 番地

地方独立行政法人 山口県立病院機構

山口県立総合医療センター

地域医療連携室

TEL 0835-22-5355

FAX 0835-22-5184