

外来心筋シンチグラフィー 検査計画書

医師 _____
 看護師 _____
 パス開始日 _____

_____ 殿は、_____ 月 _____ 日に心筋シンチグラフィー検査を行います。
 検査時間は午前8時30分と午後1時30分頃の予定です。

	午前	午後
点滴	点滴があります 午前の検査終了後、外出される方は点滴を抜きます 院内で過ごされる方は点滴はそのままです	
内服	お薬はいつも通り内服して来てください	昼食後にお薬を飲まれている方は 検査開始30分前までに内服してください
処置	血管確保を行います 病衣に着替えます	点滴を抜去した方は、3階処置室にて血管確保を行います 点滴が入ったままの方は1階撮影室へお越し下さい
安静	外出は可能ですが、なるべく安静にしてお過ごしください	
清潔	特に制限はありません	
食事	朝食は摂取可能です 検査前日よりカフェイン(コーヒー・紅茶・緑茶)制限がありますが、お水は飲んでいただいてかまいません	昼食は午後の検査前までに摂取してください