



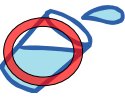



心筋シンチグラフィ（テクネチウム／アデノシン） 検査計画表

医師 _____
看護師 _____

_____ 殿は、月 日に心筋シンチグラフィ検査を行います。
検査時間は午前 : 時と午後 : 時頃の予定です。

点滴	点滴があります 	検査が終了したら、点滴は終了です
内服	いつものお薬を 8時に内服 します 	
安静	なるべく安静にお過ごしください リハビリがある方は、午後検査が終了してから行います	
清潔	検査終了後、許可がある方はシャワーを使用できます 	
食事	朝食をお持ちします  カフェイン（コーヒー・紅茶・緑茶）は飲まないで下さい お水、病院より提供する麦茶は飲めます 	検査の間に脂肪の多い食品を摂っていただきます 担当者の指示に従ってお召し上がり下さい  カフェイン（コーヒー・紅茶・緑茶）は飲まないで下さい お水、病院より提供する麦茶は飲めます 