

キャンセル時の注意点及び同意書への記入について(お願い)

やむを得ず予約をキャンセルされる場合は、検査前日(前日が土日・祝日の場合はその前の平日)の正午までに下記連絡先まで必ずご連絡をお願いいたします。

キャンセル連絡先：岩手県立中央病院 地域連携室
直通電話：019-622-9996
(平日9時～17時)

核医学検査に使用する薬剤は、検査日に合わせて患者さん専用に調剤されており、他の患者さんや、検査日以外には使用できません。

万が一、期限までに連絡がなく検査をキャンセルされた場合は、薬剤代金(約5万円)をご負担いただくこととなります。

このことについてご了承いただき、別紙同意書へのご記入をお願いいたします。

【紹介元医療機関様】同意書は患者様記入後 FAX にてご返信をお願いいたします。

【患者様】同意書原本は、来院時にお持ちいただきますようお願いいたします。

