

この度は数ある歯科医院の中から片山歯科医院をお選びいただきましてありがとうございます。  
ます。

当医院は長く美しい歯で美味しく食べる喜びに貢献することを理念とし、地域の皆様のお  
口の中の健康はもちろんのこと、全身の健康を守るために日々診療いたしております。

当医院としては可能なかぎり患者様の希望に沿った形で治療を進めていけるように努力し  
ていますが、適切な治療を行い、最終的に理想的な治療にたどり着くには患者様のご理解  
とご協力が必ず必要になります。

患者様が希望される治療を行えるよう、私たちも最善を尽くしますので、ご来院いただく  
にあたり以下のお約束をお守りいただければ幸いです。

## 必ず予約を取ってからご来院ください

皆様にスムーズかつ質の高い治療やメンテナンスを受けていただくにはその処置に見合っ  
た治療時間と準備・お席の確保が必要になります。そのため当医院では**完全予約制**を取ら  
せていただいております。ご予約は直接受付でお取りいただくか、電話にてお願い致しま  
す。

## お約束の時間は必ずお守りください

**ご予約の5分前**にはご来院を宜しく申し上げます。約束の時間を過ぎた場合、その日の  
治療時間が短くなる場合や予定していた治療が行えなくなる場合もございますので予めご  
了承ください。**(次の患者様のご迷惑になるので延長は致しません。)** お仕事等のやむを得  
ない理由で予約時間に遅れる可能性がある場合は、お電話にてご一報頂けると幸いです。

## ご予約の変更・キャンセルは早めにお知らせください

**基本的にはできる限りキャンセルはしないよう**にお願い致します。ただし体調不  
良・お仕事等でご予約の変更・キャンセルをせざるを得ない場合もあるかと思えます。

その際は可能なかぎり**予約日診療時間の24時間前まで**にご連絡ください。次回以降  
のご予約に関して受付よりご相談させていただく場合がございます。

## 無断・当日キャンセルは絶対におやめください

**無断（連絡なし）キャンセル**をされた方は、**次回以降予約を取ったの診療はお受けできま  
せん。**毎回急患対応となり、順番があくまでお待ちいただくこととなりますのでご注意く  
ださい。無断キャンセルされた方には当医院より今後の通院の意思確認をさせていただく  
事や**通院をお断りする**場合がありますので宜しくお願い致します。

上記の内容を理解し診療を申し込みます。

年 月 日

氏名