

2024 年 6 月 10 日

初診のご案内

土屋 恵美 様

この度はパリムデンタルクリニックをお選びいただき、
ありがとうございました。初診のご予約についてお知らせいたします。

◆ ご予約日時 2024 年 6 月 19 日(水)14:00-17:00 頃 ◆

*受付は予約時間の 15 分前からでございます

*終了時間は目安でございます。

*新幹線・飛行機の方は余裕をもった時間で
お帰りのご予約をお願いします。

- ・ 初診内容
カウンセリング、口腔内診査、歯科用 CT 撮影を行い、
その後院長よりお口の状態説明や治療についてのお話
- ・ 費用
5 5, 0 0 0 円(税込) (現金またはクレジットカード)

～医院に到着されましたら～

大前ビル左側の自動ドアから入りエレベーターで 3F にお越し下さいませ。

(階段もございますが、階段では医院受付にはお越しいただけません。)

エレベーターのセキュリティを解除いたしますので、エレベーター左側の壁の
受話器にてお名前をお知らせくださいませ。

初診にお越しいただくにあたり、お願いがございます。
下記をご確認いただきますようお願い申し上げます。

～お越しになる前に～

当院は入れ歯専門の歯科医院ですので、お越しになっている患者様の中には、あまり他の患者様と顔を合わせたくないという方もおられます。出来るだけそういったご要望にお応えする為に、患者様が医院に入られる時間、お帰りになる時間も考慮して予約スケジュールを立てており、完全予約にて診療を行っております。

また、初診の 3 時間は、院長 大前太美雄が他の患者様の診療予約を行わず、対応いたします。キャンセルや日時の変更は出来かねます事をご理解ください。
恐れ入りますが、患者様都合によるキャンセルや日時変更の場合は、初診料を全額ご負担いただきます。

患者様の来院に付き添われる方へ

当院では原則として初診に入られる際は患者様ご本人のみでございます。

院長とのお話に同席を希望される場合等は、事前に受付担当までお申し出ください。

同席される場合は、同席される方にも院長より歯科的情報を提供する事となりますので、同席される方の初診のお費用が別途発生しますのでご了承下さい。

★お車にてお越しの方は、当院向かい側のコインパーキング

「パークファースト豊中北」をご利用ください。サービス券をお渡しいたしますので、お帰りの際に 駐車券のご提示をお願いします。

ご不明点がございましたら、遠慮なくお電話下さいませ。

医療法人中道会
パリムデンタルクリニック
(TEL) 06-6844-4618
(FAX) 06-7635-7645