



# たきもと歯科クリニック FAX診療予約受付票



FAX 048-857-8100

## 患者様情報

以前の診療の有無※	<input type="radio"/> 初めて <input type="radio"/> 二回目以降		
お名前※	姓	名	
カナ※	セイ	メイ	
お電話番号※			
	※半角数字(例:000-0000-0000) ※ご連絡が必ずとれる連絡先(携帯・自宅・会社等の電話番号)を記入してください。 ※電話番号をお間違えの無い様、ご注意ください。		
メールアドレス		@	
ご住所	都道府県 ※		
	ご住所		
性別・年齢	<input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 男性		歳

## 診療予約希望日時

日時の指定※	<input type="radio"/> 日時を指定 <input type="radio"/> いつでも構わない					
第1予約希望日時(※)	月	日	時	～	時	
第2予約希望日時	月	日	時	～	時	
第3予約希望日時	月	日	時	～	時	

**必ずお読みください！！**

ご希望の時間にご予約がお取りできない場合があります。  
翌日(翌診療日)以降にこちらからご連絡いたします。  
なお、当院の休診日をはさむ場合は、大変申し訳ありませんがご連絡が休日明けになります。  
お急ぎの場合は、お手数ですがお電話(048-857-8100)にてご連絡いただくと幸いです。

## 診療内容

診療目的※	<input type="radio"/> 治療 <input type="radio"/> カウンセリング希望 <input type="radio"/> 訪問歯科診療希望 (一般歯科/インプラント/矯正歯科)
現在の症状	



プライバシーポリシーをご一読いただき、同意していただける場合はチェックを入れてください。

※同意していただけない場合、FAXでのご予約をお断りする場合があります。