

カードプリント [診察券見本]

※小ロットプラン用

診察券1「桃」

診察券 **判子歯科医院**
 〒000-0000 東京都新宿区新宿町00-00-00
 TEL 000-000-0000

 歯が痛い、噛みづらい、歯に違和感があるなど
 なにかございましたらお気軽にご来院ください。

診察時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	●	●	/	●	●	●	●
15:00~19:30	●	●	/	●	●	/	/

※サンプル有

診察券2「黄」

小児科 **こどもクリニック**

さま
 年 月 日生
 男・女

診察時間 午前10:00~12:00 東京都台西区東上野0-00-0
 午後2:00~7:00 TEL 000-000-0000
 休 診 日 土曜日午後・日曜日・祝祭日

※サンプル有

診察券3「水」

判子歯科医院
 〒000-0000 東京都新宿区新宿町00-00-00
 TEL 000-000-0000

診察時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	●	●	/	●	●	●	●
15:00~19:30	●	●	/	●	●	/	/

診察券4「ホワイト」

診察券 **判子歯科医院**
 〒000-0000 東京都新宿区新宿町00-00-00
 TEL 000-000-0000

診察時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	●	●	/	●	●	●	●
15:00~19:30	●	●	/	●	●	/	/

裏面用、貼って剥がせるシール サイズ84×52mm

裏面用シール1

No. _____ 様

この診察券は、来院の際必ずご持参ください。
 保険証は、毎月はじめの受診日にご提示ください。
 保険等に変更があった場合は、お知らせください。

月/日	時間	月/日	時間	月/日	時間
/ /	: :	/ /	: :	/ /	: :
/ /	: :	/ /	: :	/ /	: :
/ /	: :	/ /	: :	/ /	: :
/ /	: :	/ /	: :	/ /	: :
/ /	: :	/ /	: :	/ /	: :

裏面用シール2

No. _____ 様

この診察券は、来院の際必ずご持参ください。
 保険証は、毎月はじめの受診日にご提示ください。
 保険等に変更があった場合は、お知らせください。

月/日(曜)	時:分	月/日(曜)	時:分	月/日(曜)	時:分
/ ()	: :	/ ()	: :	/ ()	: :
/ ()	: :	/ ()	: :	/ ()	: :
/ ()	: :	/ ()	: :	/ ()	: :
/ ()	: :	/ ()	: :	/ ()	: :
/ ()	: :	/ ()	: :	/ ()	: :

裏面用シール3

No. _____ 様

ご来院の際は保険を受付にご提示ください。
 月が変わりまして最初にご来院の際は必ず保険証をご持参ください。
 お約束時間をやむをえず変更される場合は、お早目にご連絡ください。

● 診察予約 ●

月	日	曜	時間	月	日	曜	時間



ご注意

小児科 **こどもクリニック**

さま
 年 月 日生
 男・女

診察時間 午前10:00~12:00 東京都台西区東上野0-00-0
 午後2:00~7:00 TEL 000-000-0000
 休 診 日 土曜日午後・日曜日・祝祭日

※白枠はサインパネルではございません。
 ご記入には油性サインペンを推奨致します。
 ボールペン、水性インクのご記入は出来ません
 のでご了承下さい。