

# 診療予約に関する同意書（無断キャンセル防止）

当院では、すべての患者様に円滑で適切な診療を提供するため、予約制にて診療を行っております。

つきましては、以下の内容についてご理解・ご同意をお願いいたします。

## ■ 予約およびキャンセルについて

1. ご予約の変更・キャンセルは、原則として前日までにご連絡ください。
2. やむを得ない事情がある場合は、当日、翌日でも必ずご連絡をお願いいたします。

## ■ 無断キャンセルについて

無断キャンセル（事前連絡のない予約不履行）が発生した場合、他の患者様の診療機会に大きな影響を及ぼすため、以下の対応を取らせていただきます。

- 無断キャンセル 1回目：口頭または書面による注意
- 無断キャンセル 2回目：事前予約の制限（当日受付対応となる場合があります）
- 無断キャンセル 3回目以降：予約診療の停止、または当院での継続的診療をお断りする場合があります

## ■ 診療制限について

上記に該当する場合、以下のような対応となることがあります。

- 予約診療をお受けできない場合があります
- 当日の空き状況に応じた診療対応となります
- 緊急性が低い場合は、他院での受診をご案内することがあります

※なお、急を要する症状については可能な範囲で対応いたします。

## ■ その他

本同意書は、患者様と当院双方の信頼関係のもと、適切な診療環境を維持するためのものです。

何卒ご理解とご協力をお願いいたします。私は上記内容について説明を受け、理解・同意しました。

同意日：       年       月       日

患者氏名：

医療機関名： シーナデンタルクリニック 院長 樋渡卓也