

歯科医院を知ってもらう

その手段の一つとしてお使い頂けたらと思いリーフレットを作成致しました。

初診パックに、受付に設置、郵送物として・・・用途は様々です。患者様にこんなことが歯科医院で出来るということを知っていただけたら他の医院さんにはない！を感じていただけるリーフレットです。

◆◆初診パックの効果的な使用方法◆◆

初診パックとは、初めて自医院に訪れた患者さんに対してお渡しする透明封筒パックのことです。このパックの中身には、医院案内、医院からのお願いが書かれたリーフレット、歯科医院にある治療アイテム、歯科医院が行っていること、紹介カード、院内新聞、医療費控除のお知らせ、小さなプレゼント（歯ブラシ、マグネット、消しゴムなど・・・）を3～6点を入れている歯科医院が多いようです。そのまま初診パックをお渡ししても良いですが、具体的には、初診カウンセリングの際、カウンセリングスペースに誘導した患者さんに対して次のようにお渡しするとさらに効果的です。「今日は、私たちの医院のことを知ってもらいたいと思ひまして、このような「初診パック」をご用意させていただきました。」とお伝えし、「自医院のリーフレット」などを取り出しながら自医院のこだわりや治療予防などを説明していきます。また、「医院からのおねがい」には無断キャンセル等に関する諸注意が記載されており、コチラに関しても理解してもらおうにします。そして初診パックの中身を1つずつ見せながらそれぞれを説明することで初診パックの内容をもれなくお伝えすることが出来ます。また、ご自宅にお持ちいただくことによってご家族の方にもご覧いただけますので増患の一つの方法となります。このように初回来院時に初診パックの中身を説明することによって自医院のコンセプトを知ってもらうという初診パック本来の目的を十分に果たすことが出来ます。初診パック以外でも受付に設置、お店においてもらう、郵送物としての使用等、このように初診パックを皆さんの歯科医院でも取りいれてみてはいかがでしょうか？

下記リーフレット合計 200 枚以上の
ご注文で送料無料です。

▼A4サイズ・三つ折り・両面カラー・コート110

リーフレット名	価格	ご注文枚数	サンプルチェック
①初めて歯科に来院していただいた皆様へのご案内	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
②P M T Cリーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
③マタニティ歯科治療リーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
④口腔内マッサージリーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
⑤口臭治療リーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
⑥お口の体操リーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
⑦上手な歯医者さんとの付き合い方リーフレット	1セット (100枚) 6,500円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>

▶ ①～⑦のリーフレットで歯科医院名入りや写真変更のご希望の場合、

200部 20,000円 (税別)・300部 27,000円 (税別)・500部 40,000円 (税別) です。校正後、納期は1～2週間程度かかります。

▼A4サイズ・三つ折り・両面カラー・コート110

⑧安心・安全 滅菌リーフレット	1セット (100枚) 7,000円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>
⑨歯医者さんがやってくる 訪問歯科リーフレット	1セット (100枚) 7,000円 (税別)	枚	<input type="checkbox"/>

▶ ⑧～⑨のリーフレットで歯科医院名入りや写真変更のご希望の場合、お見積り致します。校正後、納期は1～2週間程度かかります。

※お支払は、代金引換でお願い致します。
 ※消費税+代引手数料+送料を負担下さい。
 送料は合計2セット(200枚)ご注文から送料は無料です。
 但し、送り先が北海道、沖縄、離島の場合別途送料をご負担下さい。
 ※商品をディーラー様経由でお届けする場合がございますので、必ず取引ディーラー様名を記入下さい。

[企画・制作]
 (株)トータルサポート OTA
 福岡市東区名島3-2-1 エムキューブ 102号
 TEL:092-692-4747 FAX:092-692-4748

ご記入後、FAX (092-692-4748) までお送り下さい。

医院様名		TEL
住所	〒	FAX
e-mail		取引先ディーラー様名 ご担当: