

あおぞら歯科往診依頼書

記入日 年 月 日 記入者 連絡先

フリガナ		生年月日
氏名	☐ 男 ☐ 女	年 月 日
住所	鹿児島市	電話

■ 主訴

--

■ 予約緊急性の有無

☐ 緊急(当日 or 翌日)	☐ 2～3日以内	☐ 1週間以内	☐ 1週間～2週間以内
---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

■ キーパーソン&連絡先	■ ケアマネージャー
	氏名
	事業所 電話

■ 往診不可能日(不可能な曜日・時間帯に×をつけて下さい)

	月	火	水	木	金	土
AM						
PM						

※分かる範囲でご記入をお願い致します。

あおぞら歯科 FAX 099-250-0780

※FAX 送信後に確認の為、お電話にてその旨を一報お伝えください。宜しくお願い致します。

お電話にてこちらにご連絡される場合 **往診専用携帯 090-2253-8100**

つながらない場合 090-9564-8100