

検温表

ID _____

氏名 _____

受診予約日 月 日 ()

○発熱（37度以上）がある場合には歯科外来までお問い合わせ下さい。

○予約日に必ず持参し歯科口腔外科の受付に提出して下さい。

	日付			日付	
7日前	/	°C	3日前	/	°C
6日前	/	°C	2日前	/	°C
5日前	/	°C	1日前	/	°C
4日前	/	°C	当日	/	°C

連絡先：042-461-0052（代）

公立昭和病院 歯科・口腔外科外来