



## Treatment Plan for GA / Sedation Dental hospital

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... HN .....

อายุ ..... ปี ..... เดือน วันที่ทำการรักษา .....

ซี่	ซี่	ด้าน			Tx.plan	ซี่	ซี่	ด้าน	Tx.plan
11	51					21	61		
12	52					22	62		
13	53					23	63		
14	54					24	64		
15	55					25	65		
16						26			
17						27			
18						28			
41	81					31	71		
42	82					32	72		
43	83					33	73		
44	84					34	74		
45	85					35	75		
46						36			
47						37			
48						38			

งานอื่นๆ	Note
<input type="checkbox"/> X-ray Periapical.....films Bitewing.....films <input type="checkbox"/> ถ่ายรูป <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์ <input type="checkbox"/> .....	..... ..... ..... ..... .....

ทันตแพทย์/อาจารย์.....ผู้ช่วยทันตแพทย์.....