



Form Pre-Op note for Full Mouth Rehabilitation under GA  
(ที่แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....

ชื่อผู้ป่วย..... นามสกุล..... HN. ....

อายุ ..... น้ำหนัก .....

โรคประจำตัว.....

ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา..... โทร. ....

Antibiotic prophylaxis

Lab request

Others

Note:.....

.....  
.....

FR-MC3-066 Version 0 Effective 18/11/2559 P. 1/1



Form Pre-Op note for Full Mouth Rehabilitation under GA  
(ที่แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....

ชื่อผู้ป่วย..... นามสกุล..... HN. ....

อายุ ..... น้ำหนัก .....

โรคประจำตัว.....

ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา..... โทร. ....

Antibiotic prophylaxis

Lab request

Others

Note:.....

.....  
.....

FR-MC3-066 Version 0 Effective 18/11/2559 P. 1/1