



ใบส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาคลินิกกรม 2 (Comprehensive Clinic) โรงพยาบาลทันตกรรม

จากคลินิก.....โทรศัพท์.....

Not urgent Urgent ระบุ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ต้องการรักษาเฉพาะงาน ระบุ..... ชื่อ

ต้องการรักษาแบบองค์รวม (Comprehensive care)

วินิจฉัยเป็น.....

รายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติม.....

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้ตรวจ
วันที่.....



รายงานการรักษาทางทันตกรรม

เรียน ทันตแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง

ในวันที่.....ผู้ป่วยชื่อ.....ได้รับการรักษา
ทางทันตกรรมจาก คลินิกกรม 2 โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มอ. ดังนี้

โดยมีข้อเสนอแนะหลังการรักษาคือ

ลงชื่อ...../.....นทพ./ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา
วันที่.....

หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ เจ้าหน้าที่คลินิกกรม 2 โทรศัพท์ 074-287668