



ใบจองห้อง GA/Sedation โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล.....HN.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก.....kg. โรคประจำตัว.....

นัดวันที่.....

อาจารย์ / ทันตแพทย์ ผู้ทำการรักษา.....

ผู้ช่วยทันตแพทย์.....

ผู้ป่วยใช้สิทธิ

เบิกได้

เข้าโครงการเด็กโรคทางระบบ

ใช้สิทธิบัตรทอง

จ่ายเงินเอง

FR-Pedo-120 Version 0 Effective 12/2/2562 P. 1/1



ใบจองห้อง GA/Sedation โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล.....HN.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก.....kg. โรคประจำตัว.....

นัดวันที่.....

อาจารย์ / ทันตแพทย์ ผู้ทำการรักษา.....

ผู้ช่วยทันตแพทย์.....

ผู้ป่วยใช้สิทธิ

เบิกได้

เข้าโครงการเด็กโรคทางระบบ

ใช้สิทธิบัตรทอง

จ่ายเงินเอง

FR-Pedo-120 Version 0 Effective 12/2/2562 P. 1/1