



ใบสรุปประวัติการรักษาทางทันตกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... เพศ.....

อาชีพ..... ที่อยู่ บ้านเลขที่..... ซอย

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

การวินิจฉัยโรค.....

.....

.....

การรักษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้รักษา

(.....)

ท.