โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ **ชื่อ-สกุล :** อายุ ปี

HN

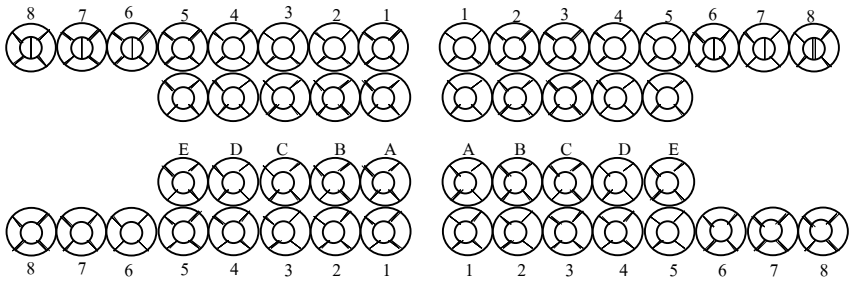
เลขบัตรประชาชน : ที่อยู่

วันที่ เวลายื่นบัตร สิทธิ์การรักษา :

BP._____ mm.Hg PR _____ /m

โรคประจำตัว ☐ไม่มี ☐มี ระบุ _____

ประวัติการแพ้ยา ☐ไม่มี ☐ มี ระบุ _____



Note_____

ตำแหน่งฟัน	การวินิจฉัย	การรักษา

ลงชื่อผู้รักษา :_____