สมุดบันทึกผู้ป่วย X-ray

ลำดับที่	ว.ด.ป	ชื่อ-สกุล	อายุ	HN	ทันตแพทย์ผู้สั่ง	เทคนิคที่ถ่าย	ตำแหน่งที่ X-ray	ขนาดฟิล์ม	จำนวนเงิน	ตึก	ผู้ปฏิบัติ	วินิจฉัย	ผู้รับฟิล์ม