## บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษา E.C.T.

| ลำดับ | วัน เดือน ปี | ชื่อ-สกุล | H.N. | อายุ | เพศ | ตึก | ผลการตรวจช่องปาก | ผู้ตรวจ | นัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |