

แผนการรักษาทางทันตกรรม

คลินิก / ทันตแพทย์

วันที่

ผู้ป่วย

วันเกิด

โทรศัพท์

| ลำดับ | ฟัน | การวินิจฉัย | หัตถการ | ค่าใช้จ่ายประมาณ | สถานะ |
|-------|-----|-------------|---------|------------------|-------|
| 1     |     |             |         |                  |       |
| 2     |     |             |         |                  |       |
| 3     |     |             |         |                  |       |
| 4     |     |             |         |                  |       |
| 5     |     |             |         |                  |       |
| 6     |     |             |         |                  |       |
| 7     |     |             |         |                  |       |
| 8     |     |             |         |                  |       |
| 9     |     |             |         |                  |       |

ยอดรวมโดยประมาณ

ชำระแล้ว

คงเหลือ

บันทึกและทางเลือกที่พูดคุย

ลายเซ็นผู้ป่วย

ลายเซ็นทันตแพทย์