



ใบขอรับคำปรึกษา

โรงพยาบาลทันตกรรม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ชื่อผู้ป่วย ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เพศ.....เลขที่บัตร.....
ประวัติทางการแพทย์.....

ประวัติทางทันตกรรม.....

แผนการรักษา.....

ขอเรียนปรึกษา ขอส่งต่อผู้ป่วย เรื่อง.....

.....
.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ความเห็นของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา.....

.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา