

ใบส่งตัวผู้ป่วย

จากคลินิกทันตกรรมสไมล์เอสบีซี 25/55 ซ.ทรัพย์บุญชัย 28 ต.บางเมือง อ.เมือง สมุทรปราการ

โทร 062-694-7964 line: @smilesbc <https://www.smilesbc.com>

เรียน

ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....อายุ.....ปี

โรคประจำตัว.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

จึงเรียนมาเพื่อ.....

.....

.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบส่งตัวกลับ

จาก.....

ถึง.....คลินิกทันตกรรมสไมล์เอสบีซี.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ.....

การวินิจฉัยโรค.....

การรักษาที่ให้.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....