



KAD RAWATAN PERGIGIAN
DENTAL TREATMENT CARD

NO. KP / PASSPORT IC / PASSPORT NO.	
NAMA NAME	
UMUR AGE	
KURSUS COURSE	
ALAMAT SEMASA CURRENT ADDRESS	

NO. MATRIK MATRIX NO.	
JANTINA SEX	
W / NEGARA CITIZEN	
NO. TELEFON TEL. NO.	

KEBENARAN UNTUK RAWATAN :
TREATMENT CONSENT :

SAKSI :
WITNESS :

..... tandatangan / signature

KANAN RIGHT	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65	KIRI LEFT
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	

<input checked="" type="checkbox"/> Perlu Dicabut / For Extraction	<input checked="" type="checkbox"/> Ada Tampalan / Filled	<input checked="" type="checkbox"/> Tunggul / Retained Root
<input checked="" type="checkbox"/> Telah Dicabut / Extracted	<input checked="" type="checkbox"/> Untuk Tampalan / For Filling	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tiada Gigi / Missing	<input checked="" type="checkbox"/> Tampalan Dibuat / Filling Done	<input checked="" type="checkbox"/>

CACATAN PERUBAHAN YANG LAMPAU / MEDICAL HISTORY :

Tanda Tick	/	di mana yang sesuai which is suitable	
Alahan Allergies	<input type="checkbox"/>	Penyakit Darah Blood Dyscrasias	<input type="checkbox"/>
Penyakit Lelah Asthma	<input type="checkbox"/>	Darah Tinggi Hypertension	<input type="checkbox"/>
Kencing Manis Diabetes	<input type="checkbox"/>	Penyakit Jantung Heart Disease	<input type="checkbox"/>
Bengkok/Gondok Todic Goitre	<input type="checkbox"/>	Jantung Berlubang Congenital Heart	<input type="checkbox"/>
Penyakit Lain : Other Diseases	<input type="checkbox"/>		
Pengambilan Ubat-Ubatan Medication Taken	<input type="checkbox"/>		

GIGI BUATAN YANG ADA

GIGI BUATAN YANG PERLU

X-RAY

LAIN-LAIN RAWATAN

CATATAN

