

[Type text]

[Type text]

M-BKPNM-BK35

Tarikh temujanji :

S/T :

BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA
SURAT RUJUKAN KLINIK PAKAR BEDAH MULUT & MAKSILOFASIAL, HOSPITAL MELAKA

Kepada:			
Tarikh rujukan:	Masa:	<input type="checkbox"/> Segera	<input type="checkbox"/> Tidak segera
Nama Pesakit:	Umur:	Jantina:	
No. KP/ Pasport :	No. Tel:		
Alamat :			

Aduan Utama :	Sejarah Aduan Utama :		
Sejarah Perubatan/Alahan <i>*sertakan senarai ubatan :</i>			
Pemeriksaan Luar Mulut :		Pemeriksaan Dalam Mulut :	
Penyiasatan radiograf <i>*jika penyiasatan tidak dibuat nyatakan sebab :</i>			
Diagnosis :			
Rawatan & Rawatan Susulan <i>*jika rawatan tidak dibuat nyatakan sebab :</i>			
Sebab Rujukan :			
Nama & Tandatangan :			
Tempat bertugas :		No.tel :	

[Type text]

[Type text]

Tarikh Kuatkuasa: 1 Januari 2021
MS ISO 9001:2015