


UNIT RADIOLOGI FAKULTI PERGIGIAN UKM

(Borang Permohonan Pemeriksaan Radiologi)



Nama (Name): (Huruf Besar)		UNTUK KEGUNAAN JURU X-RAY (For Radiographer Use)	
Tarikh (Date) :		Permintaan:	
No.Pendaftaran (R/N) :		<input type="checkbox"/> Diterima <input type="checkbox"/> Ditolak	
Tarikh Lahir (Date Of Birth):		Tarikh pengambilan radiograf :	
No. Kad Pengenalan (I.C No) :		No. X-Ray : _____	
Alamat (Address) :		Ulasan:	
Bangsa (Race):	Jantina (Gender) : <input type="checkbox"/> L(Male) <input type="checkbox"/> P(Female)	Umur (Age) :	
Bayaran (Payment) : <input type="checkbox"/> Bayar (Paid) <input type="checkbox"/> Percuma (Free)		Hamil (Pregnant) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)	
Unit / Klinik : No. Tel. :		Ukuran & Jumlah Filem: _____ Nama & Tandatangan	
RINGKASAN KLINIKAL (Clinical Data) Aduan (Complain Of) :			
Diagnosis:			
Bahagian yang ingin diambil X-ray: (Anatomy For X-Ray)			
_____ Nama, T.Tangan & Cop Pegawai/Pakar Pergigian			

Laporan Radiologi :
(Radiology Report)

Nama, T.Tangan & Cop Doktor Pergigian
Atau Pakar Radiologi