



**UNIT RADIOLOGI FAKULTI PERGIGIAN UKM**

(Borang Permohonan Pemeriksaan Radiologi)



Nama ( Name):		UNTUK KEGUNAAN JURU X-RAY (For Radiographer Use )	
No.Pendaftaran (R/N) :		Permintaan:	
Tarikh (Date) :		<input type="checkbox"/> Diterima <input type="checkbox"/> Ditolak	
No. Kad Pengenalan (I.C No) :			
Alamat (Address) :			
Bangsa (Race):	Jantina (Gender) : <input type="checkbox"/> L(Male) <input type="checkbox"/> P(Female)	Umur (Age) :	
Bayaran (Payment) :		*Hamil (Pregnant): Ya (Yes) / Tidak (No)	
<input type="checkbox"/> Bayar (Paid) <input type="checkbox"/> Percuma (Free)		*Masalah Perubatan (medical problem):	
Nama Operator/Pelajar:		No. X-Ray : _____	
Tahun:		Ulasan:	
Unit / Klinik :                      No. Tel.        :		_____	
		Jumlah Filem:                      Masa selesai:	
		_____	
		_____ Nama & Tandatangan	


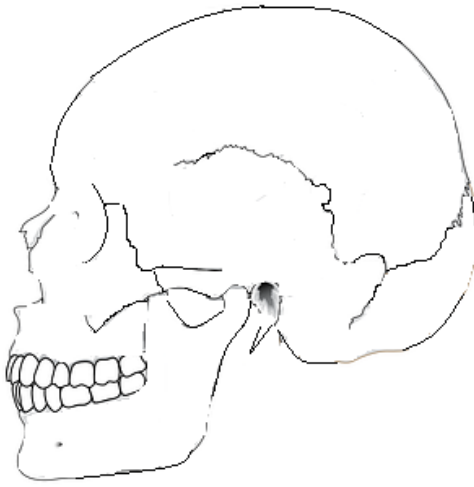
**Jenis- jenis pemeriksaan yang diperlukan:**

OPG     LATERAL CEPHALOMETRIC     TEMPOROMANDIBULAR JOINT (TMJ)     SINUS  
 PA CEPHALOMETRIC     CBCT (i-CAT, Kodak 9000C, Planmeca)     LAIN-LAIN: \_\_\_\_\_  
(Sila Nyatakan)

**Justifikasi pengambilan radiograf:**

**Kawasan sasaran yang diperlukan (bagi kes cbct sahaja):**

\_\_\_\_\_  
Nama, T.Tangan & Cop Pegawai/Pakar Pergigian