

**PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN**  
**KAD RAWATAN KANAK-KANAK PRASEKOLAH/SEKOLAH/AM**

No. Rujukan Fail

Tarikh Pendaftaran

Tahun							
No. Pendaftaran							
Darjah/Tingkatan							

**A. MAKLUMAT AM (Wajib diisi penuh. Sila potong yang tidak berkaitan)**

1. Nama:   
(Huruf besar)
2. No. MyKad/ MyKid/Pasport/Tentera/Polis/Sijil Lahir:
3. Jantina: Lelaki/Perempuan      4. Umur:       5. Tarikh Lahir:
6. No. Kad OKU/Pesara/UNHCR (Jika ada):       7. E-mel:
8. No. Telefon:  Bimbit       Rumah       Pejabat
9. Alamat Surat-Menyurat:   
  
      Poskod:
10. Warganegara:      Malaysia/Warga Asing      11. Kumpulan Etnik: (Nyatakan)
12. Nama Sekolah/Klinik:

**B. CATATAN PERUBATAN DAN PERGIGIAN (Wajib diisi)**  
**Tandakan ( ✓ ) jika Ya dan ( X ) jika Tidak**

- a. Hipertensi       b. Diabetes       c. Penyakit Jantung       d. Kegagalan Buah Pinggang
- e. Epilepsi       f. Hepatitis       g. Alergi       h. Tuberkulosis
- i. Asma       j. Penyakit Mental       k. Masalah Darah       l. Pendarahan Berlanjutan Selepas Cabutan
- m. Penyakit Lain       Nyatakan \_\_\_\_\_
- n. Pernah menerima rawatan di Hospital / Klinik       Nyatakan \_\_\_\_\_
- o. Pengambilan Ubat – ubatan       Nyatakan \_\_\_\_\_

### C. PANDUAN KOD /SKOR

#### C1 KOD CARTA GIGI

GIGI	KOD
Sound	0
Karies (D/d)	1
Gigi Yang Tiada Disebabkan Oleh Karies (M)	2
Gigi Yang Tiada Disebabkan Oleh Selain Karies (M)	2a
Tampalan Disebabkan Oleh Karies (F/f)	3
Tampalan Disebabkan Oleh Selain Karies (Fa/fa)	3a
Untuk Cabutan Disebabkan Oleh Karies (X/x)	4
Untuk Cabutan Disebabkan Oleh Selain Karies (Xa/xa)	4a
Gigi Terimpak	5
Gigi Tak Tumbuh	6
Korona	C
Pontik	P
Gigi Supernumerari	SN
Penyenggaraan ruang	SM
Gigi Longgar	L
Tooth Surface Loss	TSL
Kecacatan Enamel / Dentin Hiperpermineralan Molar / Insisal (MIH)	EDD
PERMUKAAN GIGI	KOD
Perlu Tampalan	7
Tampalan Ulangan	8
Telah Ditampal (Amalgam)	8a
Telah Ditampal (Sewarna)	8b
Telah Ditampal Tetapi ada Karies	8c
Ada Pengapan Fisur	9
Perlu Pengapan Fisur	E10
Ada Tampalan Resin Pencegahan (Jenis 1)	11
Perlu Tampalan Resin Pencegahan (Jenis 1)	E12
Perlu Sapuan Fluorida (FV)	E13
Fraktur	14

#### C2 SKOR PLAK

0	1	2	3
0	<1/3	1/3 – 2/3	> 2/3

#### Gred Skor Plak

0 – 4	=	A	Rendah
5 – 9	=	C	Sederhana
10 - 18	=	E	Tinggi

### C3 GRED SKOR INDEKS GINGIVITIS (GIS)

0	=	Tiada Gingivitis, Tiada Kalkulus
1	=	Tiada Gingivitis, Dengan Kalkulus
2	=	Gingivitis , dan Tiada Kalkulus
3	=	Ada Gingivitis, Ada Kalkulus

### D. SAPUAN FLUORIDA (FV)

Aplikasi FV	FV 1	FV 2	FV 3	FV 4
Tarikh				

### E. PROGRAM PENCEGAHAN DAN INTERVENSI

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

TAHUN							
STATUS MEROKOK							
Perokok Semasa							
Bekas Perokok							
Perokok Pasif							
Bukan Perokok							
TANDA - TANDA MEROKOK							
Bau Rokok							
Stain Nikotin							
Bibir Perokok							
Lelangit Perokok							

TAHUN							
KESEDIAAN BERHENTI MEROKOK							
Ya							
Tidak							
KESEDIAAN UNTUK INTERVENSI LANJUTAN							
Ya							
Tidak							



## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	
		Bawah	
Separada		Atas	
		Bawah	

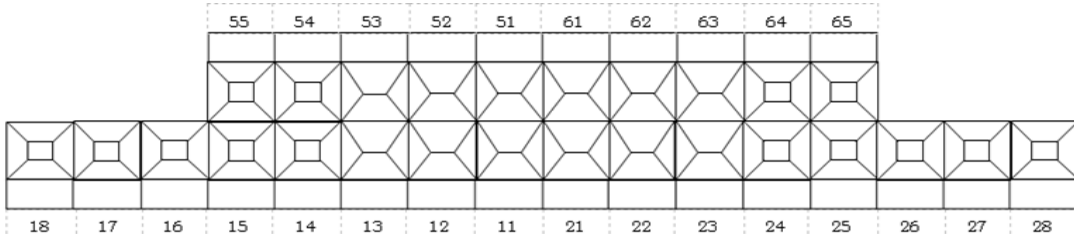
Perlu	Penuh	Atas	
		Bawah	
Separada		Atas	
		Bawah	

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak Jumlah/Gred
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

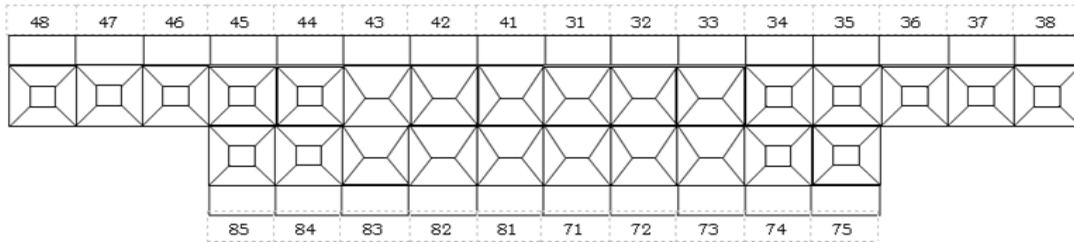
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor GIS Jumlah
16(B)	11(Lab)	26(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46(L)	31(Lab)	36(L)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Perlu Penskaleraan (Tandakan ✓)
--------------------------	------------------------------------



KANAN

KIRI



## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah	
Merokok / Shisa /Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

### Bilangan Gigi

d	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
dfx	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		DMFX	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	X+M	<input type="checkbox"/>
Jumlah gigi Kekal			<input type="checkbox"/>

### Status (Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

MBK	<input type="checkbox"/>
BK	<input type="checkbox"/>
MBG	<input type="checkbox"/>
TPR	<input type="checkbox"/>
TSL	<input type="checkbox"/>

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

### Langkah 1: Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Langkah 2: Penilaian Faktor Risiko

- Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
- Kesesakan Gigi
- Terdapat Apliance Pergigian
- Tidak Terdedah Kepada Fluorida
- Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
- Kompromi Perubatan / Kesihatan
- Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
- Mulut Kering

### Langkah 3 : Petunjuk Risiko Karies

Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

### Langkah 4: Lawatan Susulan

3 Bulan     6 Bulan     12 Bulan

## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Separada		Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

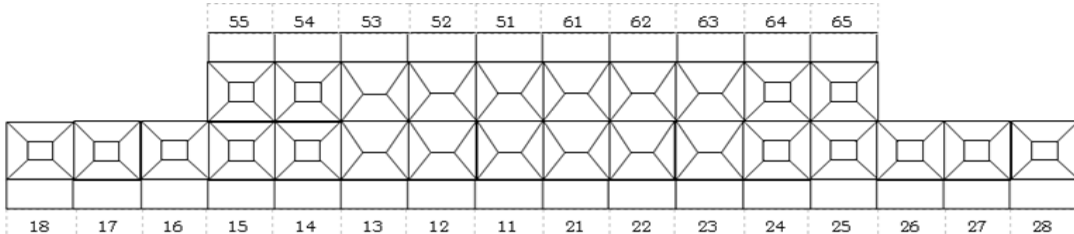
Perlu	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Separada		Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak Jumlah/Gred
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	

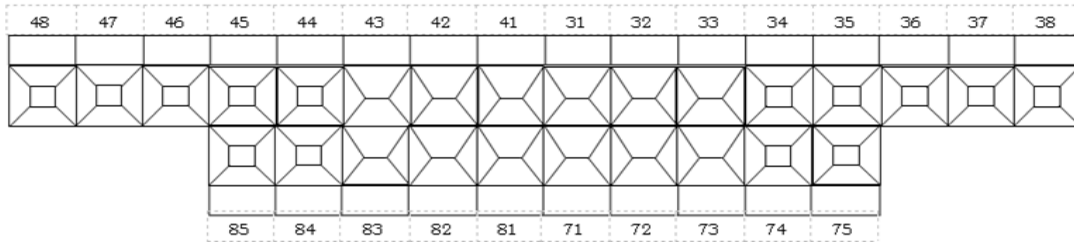
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor GIS Jumlah
16(B)	11(Lab)	26(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
46(L)	31(Lab)	36(L)	

Perlu Penskaleran (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>



KANAN

KIRI



## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa /Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

### Bilangan Gigi

d	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
dfx	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		DMFX	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	X+M	<input type="checkbox"/>
Jumlah gigi Kekal			<input type="text"/>

### Status (Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

MBK	<input type="checkbox"/>
BK	<input type="checkbox"/>
MBG	<input type="checkbox"/>
TPR	<input type="checkbox"/>
TSL	<input type="checkbox"/>

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

### Langkah 1: Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Langkah 2: Penilaian Faktor Risiko

- Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
- Kesesakan Gigi
- Terdapat Apliance Pergigian
- Tidak Terdedah Kepada Fluorida
- Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
- Kompromi Perubatan / Kesihatan
- Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
- Mulut Kering

### Langkah 3 : Petunjuk Risiko Karies Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

### Langkah 4: Lawatan Susulan

3 Bulan     6 Bulan     12 Bulan

**F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN**

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	
		Bawah	
Separada		Atas	
		Bawah	

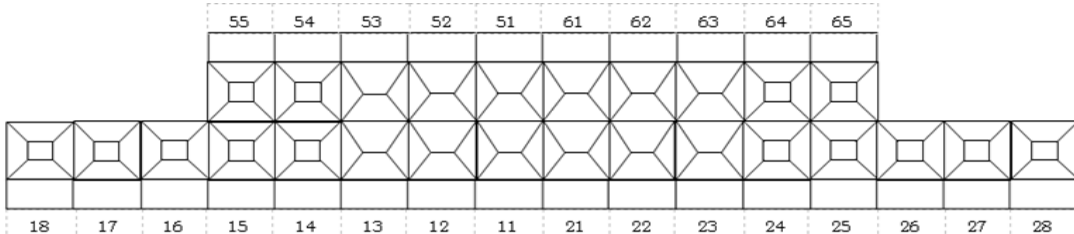
Perlu	Penuh	Atas	
		Bawah	
Separada		Atas	
		Bawah	

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak Jumlah/Gred
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	

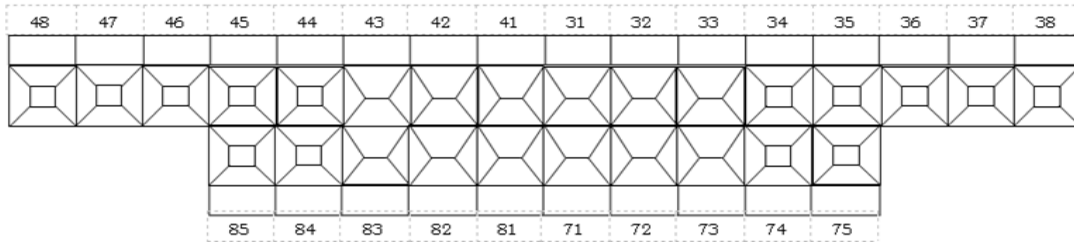
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor GIS Jumlah
16(B)	11(Lab)	26(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46(L)	31(Lab)	36(L)	

Perlu Penskaloran (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>



KANAN

KIRI



**G. TABIAT BERISIKO** (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa /Vape	
Pengambilan Alkohol	
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	
Lain – lain	

Bilangan Gigi

Status (Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

d <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	MBK <input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	BK <input type="checkbox"/>
x <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	MBG <input type="checkbox"/>
dfx <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	TPR <input type="checkbox"/>
	DMFX <input type="checkbox"/>	TSL <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>	X+M <input type="checkbox"/>	
Jumlah gigi Kekal	<input type="checkbox"/>	

**H. PENILAIAN RISIKO KARIES** (Tandakan ✓ jika berkaitan)

**Langkah 1:** Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi			

**Langkah 2:** Penilaian Faktor Risiko

- Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
- Kesesakan Gigi
- Terdapat Apliance Pergigian
- Tidak Terdedah Kepada Fluorida
- Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
- Kompromi Perubatan / Kesihatan
- Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
- Mulut Kering

**Langkah 3:** Petunjuk Risiko Karies

Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

**Langkah 4:** Lawatan Susulan

3 Bulan     6 Bulan     12 Bulan

## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

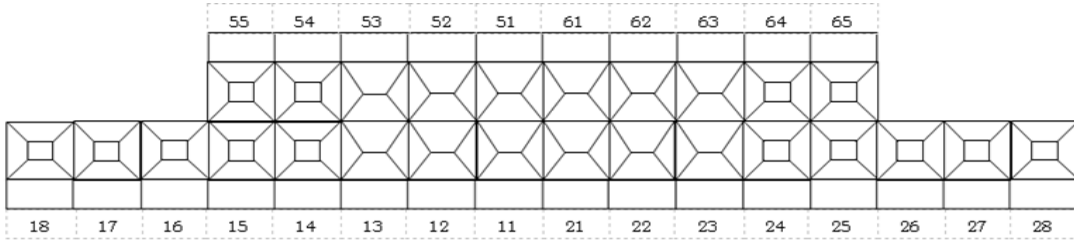
Perlu	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak Jumlah/Gred
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	

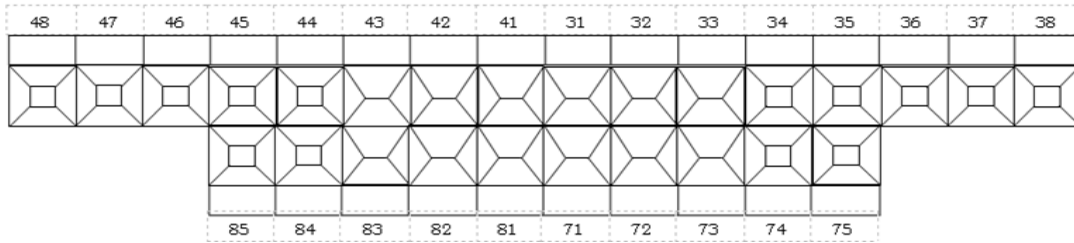
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor GIS Jumlah
16(B)	11(Lab)	26(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
46(L)	31(Lab)	36(L)	

Perlu Penskaleraan (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>



KANAN

KIRI



## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa /Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

Bilangan Gigi

Status (Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

d	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
dfx	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		DMFX	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	X+M	<input type="checkbox"/>
Jumlah gigi Kekal		<input type="text"/>	

MBK	<input type="checkbox"/>
BK	<input type="checkbox"/>
MBG	<input type="checkbox"/>
TPR	<input type="checkbox"/>
TSL	<input type="checkbox"/>

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Langkah 1: Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Langkah 3 : Petunjuk Risiko Karies  
 Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

Langkah 2: Penilaian Faktor Risiko

- Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
- Kesesakan Gigi
- Terdapat Apliance Pergigian
- Tidak Terdedah Kepada Fluorida
- Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
- Kompromi Perubatan / Kesihatan
- Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
- Mulut Kering

Langkah 4: Lawatan Susulan

- 3 Bulan
- 6 Bulan
- 12 Bulan

## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
	Separa	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

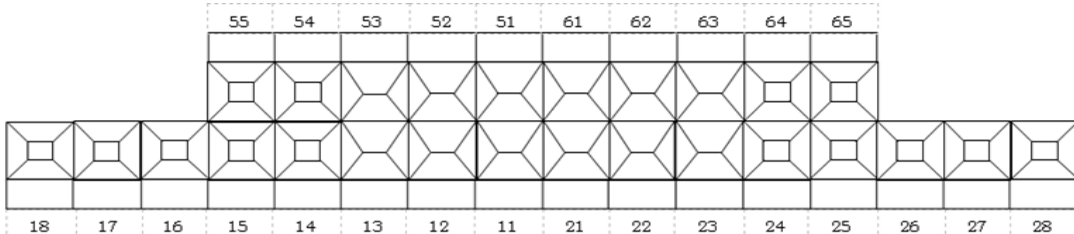
Perlu	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
	Separa	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak Jumlah/Gred
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	

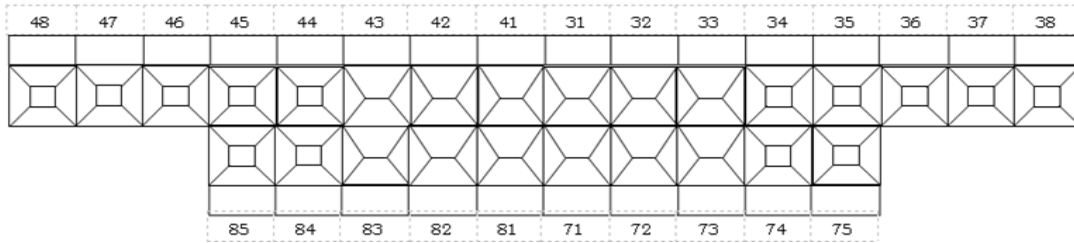
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor GIS Jumlah
16(B)	11(Lab)	26(B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46(L)	31(Lab)	36(L)	

Perlu Penskaleran (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>



KANAN

KIRI



## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa /Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

## Bilangan Gigi

Status  
(Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

d <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	MBK <input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	BK <input type="checkbox"/>
x <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	MBG <input type="checkbox"/>
dfx <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	TPR <input type="checkbox"/>
	DMFX <input type="checkbox"/>	TSL <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>	X+M <input type="checkbox"/>	
Jumlah gigi Kekal	<input type="checkbox"/>	

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

**Langkah 1:** Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Langkah 3:** Petunjuk Risiko Karies

Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

**Langkah 2:** Penilaian Faktor Risiko

- Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
- Kesesakan Gigi
- Terdapat Apliance Pergigian
- Tidak Terdedah Kepada Fluorida
- Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
- Kompromi Perubatan / Kesihatan
- Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
- Mulut Kering

**Langkah 4:** Lawatan Susulan

3 Bulan     6 Bulan     12 Bulan





No. Rujukan Fail

Tarikh

RAWATAN YANG TELAH DIBUAT

Tarikh

Kedatangan  
(B/U)

Tanda Gigi

Kod Rawatan

Permukaan  
Gigi

Gigi

Mulut

Catatan Klinikal

Bayaran dibuat  
(RM) / No Resit /  
No GL / No Kad  
(Bukti  
Pengecualian)

