



SURGICAL ORAL PATHOLOGY

ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาช่องปาก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทร. 043-202405 ต่อ 11126

โรงพยาบาล/คลินิก.....

แผนกทันตกรรม/ภาควิชา.....

ที่อยู่ เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล ทันตแพทย์ (ผู้ผ่าตัด).....

โทร.....E-mail.....

ได้แนบเงินค่าตรวจ จำนวน.....บาท มาด้วยแล้ว

Surgical Oral Pathology No.

NameHN.....DN.....Age.....Sex.....

Occupation.....Race.....Marital status S M D W

Specimen of

Summary of History (Chief complaint, duration, progress, treatment, etc.)

.....
.....
.....
.....

- Previous report

Characteristic (Partial or complete excision, location, shape, size, color, consistency, etc.)

.....
.....
.....
.....

X-ray Finding : (Monocystic, multicystic, radiolucent, radiopaque, extension bone destruction or destroy any parts of mandible or maxilla, and etc.)

.....
.....
.....
.....

Clinical Diagnosis.....

.....

N.B.

Request bySignature.....Date/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาช่องปาก

ค่าบริการ.....บาท ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

SURGICAL ORAL PATHOLOGY REPORT DEPARTMENT OF ORAL PATHOLOGY	Surgical Oral Pathology No.
PREVIOUS REPORT :	

Gross Examination :

Histological Examination :

Pathological Diagnosis :

Pathologist..... Consultation..... Date of Report...../...../.....

Number of H&E Slides =..... Total Slides.....

Special Stain :

ผู้รับชิ้นเนื้อ..... วันที่รับ...../...../.....