

ダイアグノ デント ペン 2190 チェックシート

医院保管用

患者様名:

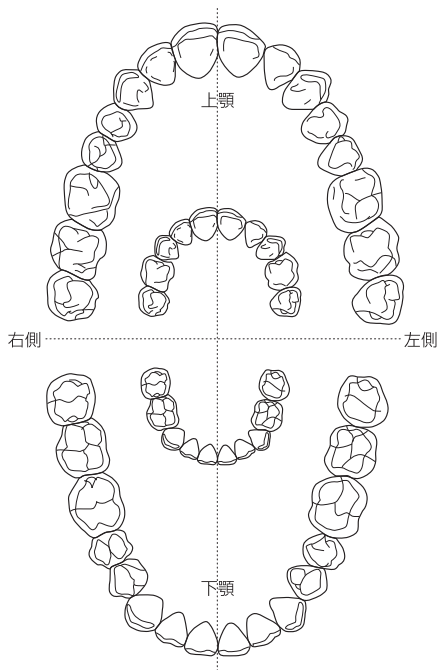
男 / 女

歳

測定日:

測定者:

第 回目

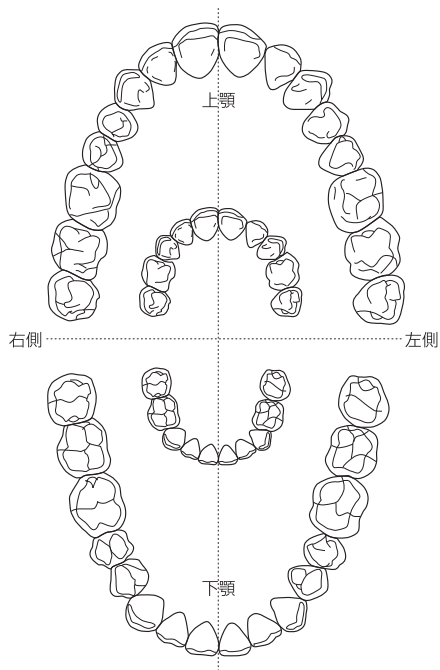


所見

測定日:

測定者:

第 回目

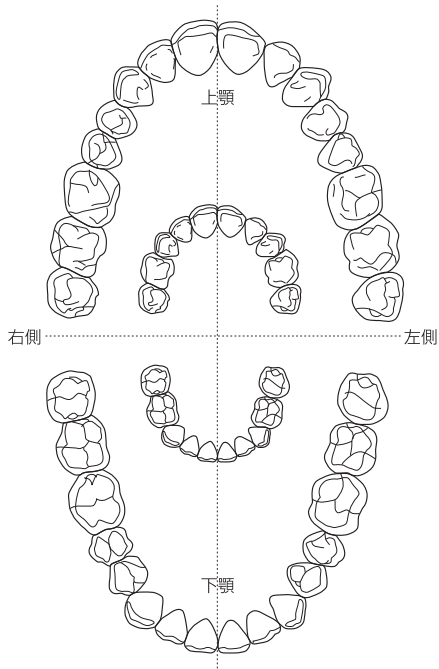


所見

測定日:

測定者:

第 回目

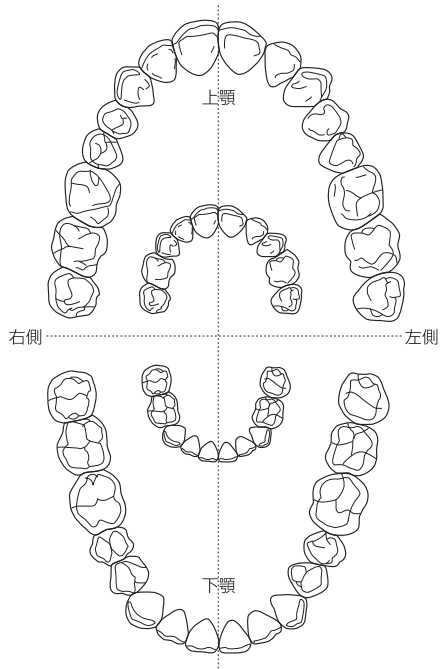


所見

測定日:

測定者:

第 回目



所見