

**FORMULIR**  
**PERIKSA GIGI**

No. ....  
Tanggal Pemeriksaan: .....

**Diagnosis:**  
.....  
.....  
.....

**Rekomendasi:**  
.....  
.....  
.....

.....  
.....

Dokter Gigi  
.....  
.....  
.....  
.....

