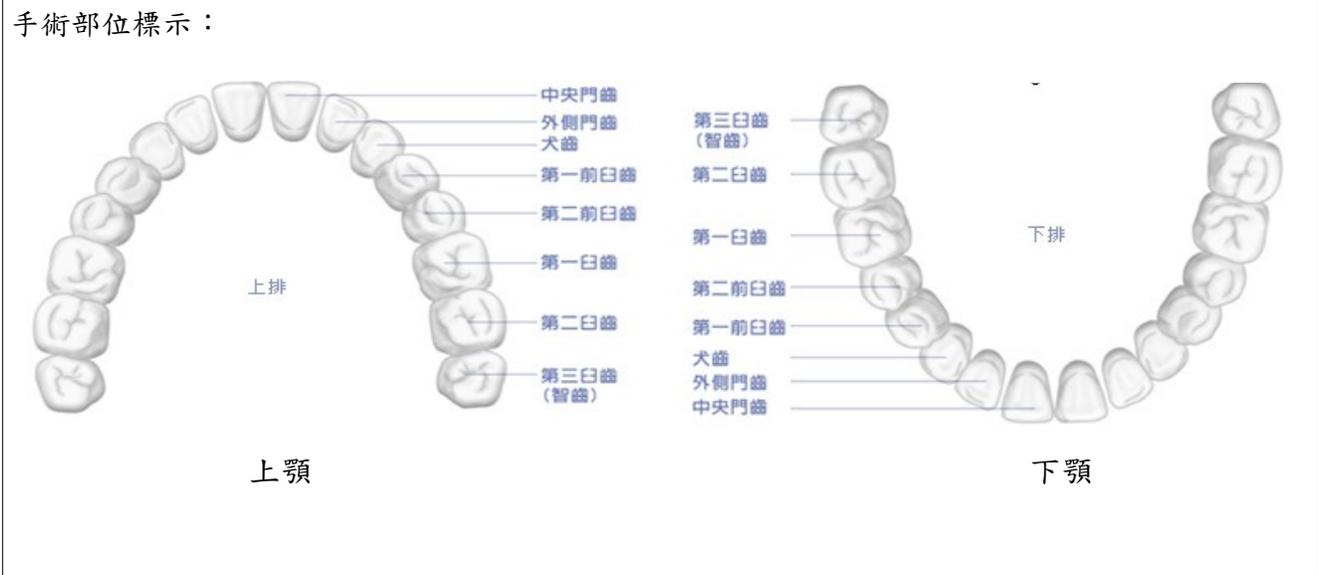


# 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

## 牙科門診手術治療 Time Out 核對表

手術日期： _____ 診 斷： _____ 術 式： _____	姓名： _____ 出生年月日： ____年__月__日 病歷號碼： _____
---	--

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 病人/家屬能說出自己姓名、出生年月日，身份正確。 |
| <input type="checkbox"/> 治療項目與處置部位正確。             |
| <input type="checkbox"/> 同意書填寫完整正確。               |
| <input type="checkbox"/> 設備與儀器正常                  |



執行手術醫師簽名或蓋章	護理師或技術人員 (輔助人員)簽名或蓋章	病人或家屬簽名或蓋章