

# 診療相片黏貼表 (核銷用)

診療院所 名稱		診療醫師 簽名或蓋章		完成日期	年 月 日
就診者 姓名		就診者 身分證字號			
治療 前	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>				
治療 後	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>				

若不敷使用，請自行影印！謝謝。