ใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติติการ รพ.สต. .............................................................

**รายการส่งตรวจ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อมูลผู้ป่วย** | **หมายเลขการส่งตรวจ** |
| ชื่อ - สกุล .................................................................... |  |
| HN ………………………....………. อายุ ปีเพศ  ชาย  หญิงน้ำหนัก ....................... kg ส่วนสูง cm |  |
| **ผู้ส่งตรวจ**ผู้ส่งตรวจ ............................................หน่วยงาน ............................................ |
|  | วันท่งตรวจ ........................................ |

**รายการสั่งตรวจ**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติติการ รพ.สต. ..............................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อมูลผู้ป่วย** | **หมายเลขการส่งตรวจ** |
| ชื่อ - สกุล .................................................................... |  |
| HN ………………………....………. อายุ ปีเพศ  ชาย  หญิงน้ำหนัก ....................... kg ส่วนสูง cm |  |
| **ผู้สั่งตรวจ**ผู้สั่งตรวจ ............................................หน่วยงาน ............................................ |
|  | วันที่สั่งตรวจ ........................................ |