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



**รายการส่งตรวจ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อมูลผู้ป่วย** | **หมายเลขการส่งตรวจ** |
| ชื่อ - สกุล .................................................................... |  |
| HN ………………………....………. อายุ ปี  เพศ  ชาย  หญิง  น้ำหนัก ....................... kg ส่วนสูง cm |  |
| **ผู้ส่งตรวจ**  ผู้ส่งตรวจ ............................................  หน่วยงาน ............................................ |
|  | วันท่งตรวจ ........................................ |



**รายการสั่งตรวจ**

รูปภาพกรรไกร png | PNGEgg………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อมูลผู้ป่วย** | **หมายเลขการส่งตรวจ** |
| ชื่อ - สกุล .................................................................... |  |
| HN ………………………....………. อายุ ปี  เพศ  ชาย  หญิง  น้ำหนัก ....................... kg ส่วนสูง cm |  |
| **ผู้สั่งตรวจ**  ผู้สั่งตรวจ ............................................  หน่วยงาน ............................................ |
|  | วันที่สั่งตรวจ ........................................ |