

ใบคำร้องขอ
ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โทรศัพท์ 02-256-4132 โทรสาร 02-252-5952

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ที่อยู่.....

มีความประสงค์ ☐ ขอใบรายงานผลการทดสอบ รหัส/ชื่อการทดสอบ.....

☐ ขอใบแทนใบรายงานผลการทดสอบ รหัส/ชื่อการทดสอบ.....

☐ ขอใบเพิ่มเติมผลการทดสอบ รหัส/ชื่อการทดสอบ.....

☐ ขอคืนตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ คือ (ระบุชนิดตัวอย่าง)

ส่งตรวจเมื่อ (ระบุวันเดือนปี).....

☐ อื่น ๆ

ของผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

HN.....AN.....OPD/Ward.....

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำร้อง)

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....(แพทย์/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง)

(.....)

...../...../.....

ผู้ป่วยลงนามยินยอมให้มีการดำเนินการตามใบคำร้องขอ

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....เป็นผู้ดำเนินการแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

ส่วนนี้สำหรับห้องปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

...../...../.....