

ใบขอให้รับผลการทดสอบจากหน่วยงานภายนอก

ศูนย์รับส่งตรวจ ฝ่ายจุลชีววิทยา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคาร อปร.1601 โทร 3669 กด 1

ห้องปฏิบัติการ

☐ แบคทีเรียวิทยา

☐ ราวิทยา

☐ ไวรัสวิทยา

☐ ภูมิคุ้มกันวิทยา

ขอให้รับผลการทดสอบจาก

☐ 1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

☐ 2. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ

☐ 3. โรงพยาบาลศิริราช

☐ 4. โรงพยาบาลบางรัก

☐ 5. อายุรศาสตร์เขตร้อน

☐ 6. บำราษณ์ราดูร

☐ 7. อื่นๆ.....

จำนวนผลการทดสอบ.....

Requestการทดสอบ.....วันที่ส่ง.....

Requestการทดสอบ.....วันที่ส่ง.....

Requestการทดสอบ.....วันที่ส่ง.....

ผู้ขอให้รับผลการทดสอบ.....วันที่.....

ผู้รับเรื่อง.....วันที่.....

ส่วนนี้บันทึกเมื่อนำผลการทดสอบส่งห้องปฏิบัติการ

ผู้ส่ง.....วันที่.....เวลา.....

ผลการทดสอบ ☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก.....

ผู้รับ.....วันที่.....เวลา.....