

ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ใบส่งรายงานผลการทดสอบ

โรงพยาบาล/หน่วยงาน

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ | ☐ บำรุงราษฎร์ | ☐ Quality Lab |
| ☐ กรุงเทพมหานคร | ☐ ลาดพร้าว | ☐ เซนต์หลุยส์ |
| ☐ พญาไท 1 | ☐ พญาไท 2 | ☐ พญาไท 3 |
| ☐ ศูนย์แลปธนบุรี | ☐ มงกุฏวิริยะ | ☐ รามาธิบดี |
| ☐ Lab Plus One | ☐ PCT Lab | ☐ BRIA |
| ☐ ชลบุรี RIA | ☐ โปรแลป (Pro Lab) | ☐ พยาธิแลป (BPL) |
| ☐ NHS | ☐ นิติเวช | ☐ ศูนย์บริจาคอวัยวะ |
| ☐ ศูนย์บริการโลหิต | ☐ ศูนย์ดวงตา | ☐ รามคำแหง |
| ☐ HIV-NAT | ☐ Innotech | ☐ อื่นๆ |

No.	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	การทดสอบ	No.	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	การทดสอบ
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		

ลงชื่อ (ห้องปฏิบัติการ) วัน/เดือน/ปี เวลา น.

ลงชื่อ (เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ) วัน/เดือน/ปี เวลา น.

ลงชื่อ (ผู้รับบริการ) วัน/เดือน/ปี เวลา น.

หมายเหตุ กรุณาลงชื่อ วัน/เดือน/ปี และเวลา ด้วยตัวบรรจง