

# 단체검사의뢰서

CAP Accredited Laboratory. 69944-01

의뢰일자	년	월	일
------	---	---	---

병원코드	병원명

검 체(해당검체에 √ 표시 해주십시오.)			검체 · 항목	
<input type="checkbox"/> 혈청(SST)	<input type="checkbox"/> 혈액(EDTA)	<input type="checkbox"/> 혈장(EDTA)	검체수	
<input type="checkbox"/> 혈장(NaF)	<input type="checkbox"/> 혈장(SC)	<input type="checkbox"/> 척수액(CSF)		
<input type="checkbox"/> 소변	<input type="checkbox"/> 축뇨(총뇨량 :                      ml)		항목수	
<input type="checkbox"/> 분변	<input type="checkbox"/> 기타 :			

Comment

항목코드	검사 항목

No.	ID	수진자	차트번호	성별 · 나이	채취일 (월/일)	채취시간 (시/분)	축뇨량 (ml)	비고
1				남 · 여    세	/	/		
2				남 · 여    세	/	/		
3				남 · 여    세	/	/		
4				남 · 여    세	/	/		
5				남 · 여    세	/	/		
6				남 · 여    세	/	/		
7				남 · 여    세	/	/		
8				남 · 여    세	/	/		
9				남 · 여    세	/	/		
10				남 · 여    세	/	/		
11				남 · 여    세	/	/		
12				남 · 여    세	/	/		
13				남 · 여    세	/	/		
14				남 · 여    세	/	/		
15				남 · 여    세	/	/		
16				남 · 여    세	/	/		
17				남 · 여    세	/	/		
18				남 · 여    세	/	/		
19				남 · 여    세	/	/		
20				남 · 여    세	/	/		

※ 단체검사의뢰서는 복수환자에 있어 동일조건(검사항목, 검체 등)으로 의뢰할 경우 사용해 주십시오.