

請蓋有診所聯絡方式
及機構代碼的診所印章



理真診所

Taipei Li Jen Pathology Clinic

共病理 _____ 罐
共細胞 _____ 罐

送檢單位： _____

送檢日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

就醫(診)日期	姓名	性別	出生年月日	病歷號及身分證字號	檢體種類或部位
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

因性別年齡不同判讀標準有可能不同；就醫(診)日期、身分證、部位(或種類)為健保存摺資料必要欄位，請務必填寫上述欄位。