

PATHOLOGY No.....

ใบส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

PATHOLOGY REQUEST FORM

คลินิกสวนดอกพยาธิ 20 ซอย 3 ถนนลิโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

www.sdpath.org โทรศัพท์ / โทรสาร 053-808015

NAME AGE SEX

ADDRESS

HOSPITAL H.N. WARD/O.P.D.

REQUEST DATE PHYSICIAN Tel.

SPECIAL PRECAUTION..... ☐ NO ☐ TB ☐ HEPATITIS ☐ OTHER (SPECIFY)PREVIOUS PATHOLOGY REPORT...☐ NO ☐ YES (PREVIOUS PATHOLOGY REPORT No.....)SPECIMEN(S).....☐ SURGICAL PATHOLOGY ☐ FNA ☐ CYTOLOGY ☐ PAPSMEAR

No	TYPE(S) OF SPECIMEN(S)

RELEVANT CLINICAL HISTORY.....

.....

.....

.....

CLINICAL DIAGNOSIS.....

OPERATION.....

SIGNATURE.....(.....) DATE

พยาธิแพทย์

พญ. สุมาลี ศิริอังกุล พญ. นิรัช เลิศประเสริฐสุข นพ. พงษ์ศักดิ์ มหานภาพ นพ. สุรพันธุ์ คุณอมรพงศ์ นพ. ทรงเกียรติ สุวรรณศิริกุล พญ. จงกลณี เศรษฐกร
พญ. กรกนก สุขพันธ์ นพ.ศราวุธ คงการคำ นพ.คมสันต์ วรรณไสย พญ.ธีรดา คล้ายสุวรรณ พญ.ทิพย์ พงศ์สุวริยกุล พญ. สณัญญู เขาวาน์ศิลป์