



# CYTOPATHOLOGY LABORATORY

ใบนัดหมายการตรวจ Rapid On-site Evaluation : ROSE

Department of pathology, Build 1, Floor 4 Tel. 02-201-1437

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

## Patient's identification

Name :	Age :	Sex : <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
HN :	Out-patient/Ward :	
วันที่ทำหัตถการ :	เวลาทำหัตถการ :	

## Source of Specimen

--	--	--

## Pertinent Clinical data

--	--	--

แพทย์เจ้าของไข้ :	รหัสแพทย์ :	เบอร์โทร :
แพทย์ผู้ส่งปรึกษา :	รหัสแพทย์ :	เบอร์โทร :
วันที่ส่งปรึกษา :	เวลา :	

## บันทึกการเปลี่ยนแปลงวันเวลานัดหมาย

<input type="checkbox"/> แจ้งยกเลิก	<input type="checkbox"/> เลื่อนวันทำหัตถการ เป็นวันที่ :	เวลา :	
เจ้าหน้าที่ Ward/OPD ผู้แจ้ง :	วันที่ :	เวลา :	เบอร์โทร :
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการผู้รับเรื่อง :	วันที่ :	เวลา :	เบอร์โทร :

หมายเหตุ :
------------