

NOPPARAT RAJATHANEE HOSPITAL  
DEPARTMENT OF MICROSCOPY

☎ 0-2517-4270-9  
ห้องเบอร์ 5 ต่อ 1315

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 3 ต่อ 7320

รับผล

- รอได้ตามกำหนด.....  
 รับผลวันที่.....  
 ขอผลด่วน

PA-FO-303(ร.พ.46)

Lab No.

ติดสติ๊กเกอร์

Clinical Diagnosis.....

Specimen  Urine  Semen

Collected by.....Time.....

Name.....

H.N. ....A.N. ....Ward.....Tel.....

Age .....Sex  Male  Female

Requested by.....Date.....

UA001 URINALYSIS

- ปั้น 10 ml  ปั้น 5 ml  ไม่ปั้น

COLOR.....

- Clear  Slightly turbid  turbid

Sp. Gr.....  pH.....

Protein.....  Sugar.....

Ketone.....  Blood.....

Urobilinogen (E.U./dL).....  Nitrate.....

Leukocyte.....  Bilirubin.....

Microscopic

RBC.....Cells/H.P.

WBC.....Cells/H.P.

EPITH. CELL.....Cells/H.P.

MUCOUS.....

AMORPHOUS.....

BACTERIA.....

CASTS.....

CRYSTALS.....

Other.....

SPECIAL TEST OF URINE

UA003 Bence Jone protein (modified heat and Acid test).....

UA002 Pregnancy test.....

SM001 SEMENALYSIS

Liquefaction (<30).....min

Volume (>2).....ml

Sperm count (>20x10<sup>6</sup>).....x10<sup>6</sup>/ml

Sperm motility (>50).....(%)

Activity (1+-3+).....

Other.....

Reported by.....Date.....

Approved by.....Date.....

**NOPPARAT RAJATHANEE HOSPITAL** รับผล

**DEPARTMENT OF MICROSCOPY**

☎ 0-2517-4270-9 ต่อ 1315

- ขอรับผลวันที่..... Lab No. ....
- รอได้ตามเวลาที่กำหนด
- ขอผลด่วน

ติดสติ๊กเกอร์

<p><b>Clinical Diagnosis</b> .....</p> <p><b>Specimen</b>    <input type="checkbox"/> Stool            <input type="checkbox"/> Body fluid</p> <p>                  <input type="checkbox"/> CSF                <input type="checkbox"/> Other.....</p>	<p>Name.....</p> <p>H.N. .... Ward ..... Tel. ....</p> <p>Age ..... Sex    <input type="checkbox"/> Male    <input type="checkbox"/> Female</p> <p>Requested by ..... Date.....</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. ROUTINE FECAL EXAMINATION</b></p> <p>Character.....Color.....</p> <p>Undigested food.....Mucus.....</p> <p>Fat.....</p> <p>Simple Smear for Parasitors or Ova.....</p> <p><input type="checkbox"/> Occult blood.....</p> <p><input type="checkbox"/> Reducing Sugar.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>2. CSF AND BODY FLUID ANALYSIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Color.....            <input type="checkbox"/> Appearance.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cell Count</p> <p>          <input type="checkbox"/> RBC.....cell/cumm.</p> <p>          <input type="checkbox"/> WBC.....cell/cumm.</p> <p><input type="checkbox"/> cell differential</p> <p>          Neutrophil..... %</p> <p>          Lymphocyte..... %</p> <p>          Monocyte..... %</p> <p>          Eosinophil..... %</p> <p><input type="checkbox"/> Other.....</p>

Reported by.....Date.....                      Approved by.....Date.....

