

آزمایشگاه تشخیص پزشکی شیلا

فرم آزمایشات درخواستی بیمار

نام بیمار:		شماره پذیرش:
شماره تماس:		تاریخ پذیرش:
کد ملی:		تاریخ تولد:
علت درخواست آزمایش:		
سابقه بیماری:		داروهای مصرفی:
نوع آزمایشات:		
امضاء بیمار:	تائید پذیرش کننده:	تائید مسئول فنی: