

병원명: _____

진료과: _____

인계자	인수자

번호	환자명	나이	차트번호	주민등록번호	항목				
					액상	Pap	Gram stain	Wet	액상 채액 (Urine)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									