

세포병리검사 의뢰서

인계자 인수자

병원명 :

제취부위 / 제취방법 cervical smear

| NO | 의뢰날짜 | 제취날짜 | 등록번호 | 성명 | 나이 | 성별 | 진료과 | 임상소견 | 의뢰검사 | 의뢰의사 |
|----|------|------|------|----|----|----|------|------|------|------|
| 1 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 2 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 3 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 4 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 5 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 6 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 7 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 8 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 9 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |
| 10 | | | | | | F | OBGY | 검진 | PAP | |

검사기관기호: 41338995



경기도 용인시 수지구 현암로 99 (죽전동 재성프라자6층)
 Tel: 031.896.4450 Fax: 031.276.3166