

PATHOLOGY No.....

ใบส่งตรวจทางพยาธิวิทยา PATHOLOGY REQUEST FORM

คลินิกสวนดอกพยาธิ 20 ซอย 3 ถนนลิโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

www.sdpath.org โทรศัพท์ 053-808015 Line ID 0897009035

NAME AGE SEX

ADDRESS

HOSPITAL H.N. WARD/O.P.D.

COLLECTION DATE PHYSICIAN Tel.

SPECIAL PRECAUTION..... NO TB HEPATITIS OTHER (SPECIFY)

PREVIOUS PATHOLOGY REPORT... NO YES (PREVIOUS PATHOLOGY REPORT No.....)

SPECIMEN(S)..... SURGICAL PATHOLOGY FNA CYTOLOGY PAPSMEAR

No	TYPE(S) OF SPECIMEN(S)

RELEVANT CLINICAL HISTORY.....

.....
.....
.....

CLINICAL DIAGNOSIS.....

OPERATION.....

SIGNATURE.....(.....) DATE

<p>พยาธิแพทย์ พญ. สุมาลี ศิริอังกูล พญ. นิรัชร์ เลิศประเสริฐสุข นพ. พงษ์ศักดิ์ มหามานภาพ นพ. สุรพันธุ์ คุณอมรพงศ์ นพ. ทรงเกียรติ สุวรรณศิริกุล พญ. จงกลณี เศรษฐกร พญ. กรกนก สุขพันธ์ นพ.ศราวุธ ลงการคำ นพ.คมสันต์ วรรณไสย พญ.ธีรดา ตรีธรรม พญ.ทิพย์ พงศ์สุวารีย์กุล พญ. สญาฉัญ เชาวนศิริปี พญ.วัชรพร พลังมนต์ทิพย์</p>
