(의)케이씨엘의료재단·한국임상의학연구소
서울특별시 강동구 성내로 71 www.kcllab.com
TEL : 02.559.2300 | FAX : 02.517.7965

전자차트 의뢰서

검 체 인수자	Slip수:

검 체 인계자	Sample수:

의 뢰 기 관 명		의 뢰 기 관 코 드		접 수 일 시	

*본 의뢰서는 전자차트용 검사의뢰서입니다. 의뢰하시는 수진자명을 기재해 주시기 바랍니다

해당검체에 ▼ 표시 해주십시요.

No.	접수번호	수진자명	Chart No.	검체 종류							비 고
				LFT	CBC	소변	PT	혈당	분변	기타	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											