預留檢體檢驗單

年　　月　　日 填

姓名		病歷號		□男 □女	出生日期	年　　月　　日
科別		□門診 □急診 □病房床號：			主治醫師	
檢體種類	□ Blood □ CSF □ Urine □ Others:_____				採取時間	年　月　日　時

檢體存放期限：

注意事項：僅限於兒科、腫瘤科(癌症)、腎臟及血管疾病、CSF 和體液等難以抽取的檢體才能預留，其餘則不適用。

義大醫院　21 x 15cm　　2017.05 修訂　NR-672 (1)