



N.B.Pathology Center

ศูนย์พยาธิวิทยา เอ็น.บี.

18 / 54 ซ.บ้านวงศ์ ถ.สนามบิน ต.ในเมือง
อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 064-354-5283

เลขที่การตรวจทางเซลล์วิทยา

Cytology requisition form

HOSPITAL
WARD

ค่าตรวจ
สิทธิการรักษา
อื่นๆ

ชื่อ _____ อายุ _____ เพศ _____ โทรศัพท์ _____

HN. _____ อาชีพ _____ ที่อยู่ _____

Method of specimen collection

1. Ascites	2. Pleural fluid	3. Bronchial wash	4. Bronchial brush
5. BAL	6. Sputum	7. FNA Breast	8. FNA Liver
9. FNA Lymph Node	10. FNA Salivary gland	11. FNA Thyroid	
12. Other (ระบุ)			

Specimen _____

Previous surgery No / Yes Type of surgery _____ Date _____

Previous pathology report No / Yes Result _____ Surgical No. _____

Previous FNA report No / Yes Result _____ Surgical No. _____

Summary of history (chief complaint , duration , laboratory findings , progress , treatment etc.)

Clinical Diagnosis :

Signature _____ Date _____ Tel. _____