

수혈 & 매칭 요청서

환자명			
성 별	<input type="checkbox"/> 남 / <input type="checkbox"/> 여	나 이	
채혈일시			
혈액형	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB		
제제명	<input type="checkbox"/> PRC(농축적혈구) <input type="checkbox"/> FFP(신선동결혈장) <input type="checkbox"/> PC(농축혈소판) <input type="checkbox"/> Whole Blood(전혈)		
용량 및 수량	<input type="checkbox"/> 320ml / <input type="checkbox"/> 400ml () Pint		

상기와 같이 요청합니다.

20 년 월 일

병원명 : _____ (인)

요청자 : _____ (인)

인수자 : _____ (인)

신프로진단검사의학과의원장 귀하



신프로 진단의학연구소
Premier Medical Service

전화 : (042) 485-7523 / (042) 484-0075 FAX : (042) 583-3075

접수자(또는 출고자) _____ (인)