



緊急血液檢驗單

健保 自費

姓名： _____ 病歷號： _____ 送檢單位： _____ 科 _____ 床 _____

性別：男 女 出生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請醫師： _____

檢體：Blood Ascites Pleural effusion CSF

醫令碼	檢驗項目	檢驗結果	醫令碼	檢驗項目	檢驗結果
<input type="checkbox"/> L0301	CBC & PLT		<input type="checkbox"/> L0328	Total eosinophil count(/ μ L)	
<input type="checkbox"/> L0302	WBC ($\times 10^3/\mu$ L)		<input type="checkbox"/> L0335	Malaria & Parasites	
<input type="checkbox"/> L0303	RBC ($\times 10^6/\mu$ L)		<input type="checkbox"/> L0311	Reticulocy	
<input type="checkbox"/> L0304	Hb (g/dL)			Ret. (%)	
<input type="checkbox"/> L0305	Ht (%)			Ret. No. ($\times 10^3/\mu$ L)	
<input type="checkbox"/> L0307	MCV (fL)			Ret. Index (%)	
<input type="checkbox"/> L0308	MCH (pg)			Ret. PI (%)	
<input type="checkbox"/> L0309	MCHC (%)			Ret. He (pg)	
<input type="checkbox"/> L0310	PLT ($\times 10^3/\mu$ L)			IRF (%)	
	RDW-CV (%)			LFR (%)	
	PDW (fL)			MFR (%)	
	MPV (fL)			HFR (%)	
	P-LCR (%)		<input type="checkbox"/> L0312	ESR (mm/1.hr)	
<input type="checkbox"/> L0306	WBC DC		<input type="checkbox"/> L0317	PT (sec.)	
	N.band (%)			Control (sec.)	
	N.seg. (%)			INR	
	Lym. (%)		<input type="checkbox"/> L0318	APTT (sec.)	
	Mono. (%)			Control (sec.)	
	Eosin. (%)		<input type="checkbox"/> L0323	Fibrinogen (mg/dL)	
	Baso. (%)		<input type="checkbox"/> L0347	D dimer (ng/mL)	
	Aty.Lym. (%)		<input type="checkbox"/> L0322	Bilirubin(Micro) (mg/dL)	
	N.RBC (/100WBC)		<input type="checkbox"/> L0367	PLT FCT	
	Meta. (%)			PFACol / Epi (sec.)	
	Myelo. (%)			PFACol / ADP (sec.)	
	Promyelo. (%)				
	Blast (%)				
	Monocytoid (%)				
	HPC (%)				

採檢者： _____ 採檢時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日

醫檢師： _____ 報告日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日