



# 尿糞暨分生檢驗單

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：Urine Stool Nasopharyngeal Throat swab B.alveolar lav.

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"/> L0501	Multistix		<input type="checkbox"/> L0522	Stool Routine	
	Color			Appearance	
	Clarity			Color	
	GLU (mg/dL)			OB	
	KET-AA (mg/dL)			RBC (/HPF)	
	OB (mg/dL)			WBC (/HPF)	
	PRO (mg/dL)			Pus (/HPF)	
	NIT			Parasite	
	BIL (mg/dL)		<input type="checkbox"/> L0521	Occult Blood-化學法	
	Sp. Gr.				
	pH				
	URO (mg/dL)				
	WBC esteras (Leu/ $\mu$ L)				
<input type="checkbox"/> L0502	Sediment		<b>Virus rapid tests</b>		
	RBC (/HPF)		<input type="checkbox"/> L09204A	Influ A Ag	
	WBC (/HPF)		<input type="checkbox"/> L09204B	Influ B Ag	
	Ep. Cell (/HPF)		<input type="checkbox"/> L09250	Adeno Ag	
	Cast (/LPF)		<input type="checkbox"/> L1168	Influenza A-NAT	
	Crystals (/HPF)		<input type="checkbox"/> L1169	Influenza B-NAT	
	Bact.				
	Fungi				
	Parasite				
	Mucus				
<input type="checkbox"/> L0506	Paraquat(定性)				
<input type="checkbox"/> L0509	Pregnancy Test				

採檢者： \_\_\_\_\_ 採檢時間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

醫檢師： \_\_\_\_\_ 報告日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日