

**แบบฟอร์มการตรวจปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์**

ผู้รับการตรวจ  นาย  นาง  นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  บัตรอื่น ๆ .....  
 สถานที่รับการตรวจ ..... วันที่รับการตรวจ ...../...../..... เวลา .....น.

**ผลการตรวจ**

URINALYSIS		
	Color	
	Reaction	
	Specific Gravity	
CHEMICAL ANALYSIS		
	Albumin-Qualitative	
	Sugar – Qualitative	
MICROSCOPIC ANALYSIS		
	RBC	
	WBC	
	Epithelium	
	Crystals	
	Casts	

\_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

\_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ลายมือชื่อผู้รายงานผลการตรวจ

หมายเหตุ: โปรดให้ลงชื่อต่อหน้าผู้ตรวจ