

แบบฟอร์มการตรวจเลือด

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

รายละเอียดการตรวจ (ตรวจเลือด)		NORMAL RANGE
1	FASTING BLOOD SUGAR	
2	CREATININE	
3	CHOLESTEROL	
4	HDL-CHOL	
5	TRIGLYCERIDE	
6	SGOT (AST)	
7	SGPT (ALT)	
8	ALKALINE PHOSPHATASE	
9	GAMMA GT	
10	BILIRUBIN	
	- TOTAL	
	- DIRECT	
11	ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE (ESR)	
12	COMPLETE BLOOD COUNT	
	A) RBC	
	B) WBC	
	C) HEMATOCRIT	
	D) HEMOGLOBIN	
	E) DIFFERENTIAL COUNT (LEUKOCYTE)	
	• POLYMORPHS	
	• LYMPHOCYTES	
	• MONOCYTES	
	• EOSINOPHILS	
	• BASOPHIL	
13	HBsAg	

(_____)

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

(_____)

ลายมือชื่อผู้รายงานผลการตรวจ

- หมายเหตุ:
1. กรุณาให้ผู้เข้ารับการตรวจ ลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ทำการตรวจ
 2. กรุณาแจ้งค่า NORMAL RANGE ของเพื่อประโยชน์ในการพิจารณารับประกันชีวิต