



骨髓细胞形态学检验申请单

为保证您申请单基本信息的准确,请您使用正楷字填写.谢谢合作!条形码:

姓名:	性别: ☐ 男 ☐ 女	年龄:	科室:	床号:	联系电话:
申请医院:	医生(工号):			申请日期: 年 月 日	
临床诊断:	住院/门诊号:				
采集时间:	月 日 时 分	接收时间:	月 日 时 分		

临床诊断:

病史摘要:

体查摘要:

其他检查结果:

日期	血红蛋白	红细胞	白细胞	血小板	网织红细胞	红细胞平均压积	红细胞分布密度	中性粒细胞	淋巴细胞	中间细胞	嗜酸性粒细胞	嗜碱性粒细胞

血清铁: 血清铁蛋白: 血清总蛋白: A/G:

送检医生:	送检日期:
-------	-------