广州康都临床检验所

TEL/FAX：020-62322388

地址:广州市番禺区南村镇兴业路8号

网址：http://www.kdclilab.com

外周血细胞染色体核型分析申请单

为保证您申请单基本信息的准确，请您使用正楷字书写。谢谢！ 条形码：

申请医院：			住院/门诊号：	
姓名：	性别：□男 □女	年龄：	科室：	床号：
地址：	籍贯：	职业：	联系电话：	
临床诊断：				
主诉：				
现病史：				
既往史及接触史：				
家族史（包括家谱）：				
月经生育史：				

查体：

身高： 体重： 发育及营养： 智力状况：

头部： 头围： 形状： 眼：

耳： 鼻： 唇及口腔： 头发、发际：

躯干： 四肢：

心： 肝： 脾： 肺： 其他：

体态和肌肉：

注意：

①检测者详细信息请尽量填写完整；

②由于染色体检查要求标本新鲜，需在采集后24小时内送检；

③如以前曾检测过染色体请注明检测结果：

申请医生： 医生联系电话：

申请日期： 年 月 日