

骨髓片细胞分类检查申请单

姓名		性别		年龄		床号		送检科室	
原分类号		原涂片号		住院号		门诊号			

简要病史：

体格检查：

以往有无检查过骨髓像，检验结果并注明原分类号：

血液学检查结果：

日期	RBC ×10 ¹² /L	Hb g/L	MCV f1	MCH Pg	MCHC g/L	WBC ×10 ⁹ /L	DC %	RLT ×10 ⁹ /L	RET

X线检查：

其他检查：

临床检查：

送检目的：

样本：采集部位（额骨后上棘，额骨前上棘，胸骨，脊突）。附血片张数：

标本收到日期：取材日期：送检医师：

附件：每份标本应同时送检血片和骨髓片，血片及骨髓片至少5张
送检医师处须有住院医师签名