**重庆市人民医院检查申请单（免费）**

 国家药物临床试验机构

住院号/门诊ID: 项目：\*\*\*\*\*\*\*临床试验

姓名： 性别： 年龄： 床号：

科室：

诊断：

检查科室：

项目：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 选择项目 | 编码 | 名称 |
|  |  | 血常规 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

医师签名： 申请日期：

签收者：

备注：

**重庆市人民医院检查申请单（免费）**

 国家药物临床试验机构

住院号/门诊ID: 项目：\*\*\*\*\*\*\*临床试验

姓名： 性别： 年龄： 床号：

科室：

诊断：

检查科室：

项目：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 选择项目 | 编码 | 名称 |
|  |  | 血常规 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

医师签名： 申请日期：

签收者：

备注：