

Clinical Pathology Laboratory

Examination request form

檢測者資料 Client Information

Family Name: (English):		Given Name (English):	
姓(中文):		名(中文):	
Gender : 性別	<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男	Identity No: 身份証號碼:	
Mobile no: (流動電話)		Date of Birth 出生日期	____/____/____ (日 dd) (月 mm) (年 yyyy)

檢測項目 Examination Item

	HIS Code	HK\$	Items Name
<input type="checkbox"/>	HCCNS01	600	VZV IgG Antibody 水痘帶狀疱疹病毒 IgG 抗體
			HBs Antigen 乙型肝炎表面抗原
			HBs Antibody 乙型肝炎表面抗原 抗體
			Urine routine 尿液常規檢測
			Chest X-ray 肺部 X-光
<input type="checkbox"/>	HCCNS02	250	Measle IgG Antibody 麻疹病毒 IgG 抗體
			Mumps IgG Antibody 腮腺炎病毒 IgG 抗體
			Rubella IgG Antibody 德國麻疹病毒 IgG 抗體

+*請先到 4/F 化驗室辦理登記手續

香港九龍深水埗青山道 113 號
寶血醫院(明愛)
4樓 臨床醫學化驗部

Clinical Pathology Laboratory
4/F, Precious Blood Hospital (Caritas)
113 Castle Peak Road,
Shamshuipo, Kowloon, Hong Kong

Tel: 3971 9937

