LAB REPORT (Hct)

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี HN ..... แผ่นที่ .....

วัน/เดือน/ปี	Hct	Medication / Blood Transfusion	วัน/เดือน/ปี	Hct	Medication / Blood Transfusion