



ใบขอตรวจแอสิดฟอสฟาเตสและตัวอสุจิ

ห้องปฏิบัติการสาขาวิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363559, 081-9755829

ชื่อ-สกุล อายุ ปี H.N/A.F เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย		
โรงพยาบาล จังหวัด		
วัน-เวลาเกิดเหตุ ว/ด/ป เวลา.....น.		
วัน-เวลาที่พบแพทย์/เก็บตัวอย่าง ว/ด/ป เวลา.....น.		
เหตุการณ์โดยย่อ		
ประวัติเพศสัมพันธ์ ☐ ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		
☐ เคยมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ ครั้งล่าสุดเมื่อ		
ประวัติการข่าระล้าง ☐ ยังไม่มีการข่าระล้าง		
☐ อาบน้ำเฉพาะภายนอก (จำนวนครั้ง =ครั้ง)		
☐ ข่าระล้างภายในช่องคลอด		
สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจวิเคราะห์ (นิติเวชศาสตร์)	
	Acid phosphatase	Sperm
☐ Swab จาก Posterior fornix ขึ้น		
☐ Swab จาก External genitalia ขึ้น		
☐ อื่นๆ (ระบุ) ขึ้น		
ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ (.....) วันที่.....	ลงชื่อ ผู้รายงานผล (.....) วันที่.....	
ค่าบริการตรวจ (รหัส 100002 อัตราค่าตรวจรายละ 300 บาท) ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชี ธ.ไทยพาณิชย์ เลขที่ 551-3-02668-4 (แบบหลักฐานการโอน) ☐ มีหนังสือจากโรงพยาบาล ขอให้เรียกเก็บเป็นรายเดือน	ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้รับส่งตรวจ (นิติเวชศาสตร์) เลขที่ทะเบียนรับ Lab. no. วันเวลาที่รับตัวอย่าง ผู้รับตัวอย่าง	