**此单请交于收费处**

**武汉市第三医院门诊受试者临床试验免费检查申请单**

机构盖章后有效，且当日有效

项目名称：

项目编号（项目机构编号）:

受试者编号： 姓名： 性别：□男 □女 年龄：

科室： 主要研究者： 登记号：

检查内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勾选需做的项目 | 检查项目 | 送检标本 | 医技科室 | 地点 | 金额（元） |
| □ | 血常规 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 血生化 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 免疫五项指标 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 尿妊娠 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 床旁心电图 | □血 □粪便 □尿□其他： | 心电图室 | 新门诊二楼 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 总额 |  |  |  |  |  |

开单医生（签名/编号）： 开单日期：

**此单项目组留存**

**武汉市第三医院门诊受试者临床试验免费检查申请单**

机构盖章后有效，且当日有效

项目名称：

项目编号（项目机构编号）:

受试者编号： 姓名： 性别：□男 □女 年龄：

科室： 主要研究者： 登记号：

检查内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勾选需做的项目 | 检查项目 | 送检标本 | 医技科室 | 地点 | 金额（元） |
| □ | 血常规 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 血生化 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 免疫五项指标 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 尿妊娠 | □血 □粪便 □尿□其他： | 检验科 | 新门诊二楼 |  |
| □ | 床旁心电图 | □血 □粪便 □尿□其他： | 心电图室 | 新门诊二楼 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 总额 |  |  |  |  |  |

**注：请检查完后，将此检查申请单、挂号单及报告原件等相关资料交还给您的主治医生。**

开单医生（签名/编号）： 开单日期：