Date	SN	Name	HN	Ward	age	Test																Doctor	Diag.	ผู้ส่ง	No.	สภาพ	ผู้รับ	เวลารับ	ผู้รับผล	เวลา	วันที่
						CBC	UA	Mop	Meth	Cana	Preg	Stool	Glu	BUN	Crt	Elyte	LFT	Lipid	Uric	Li	Other					Sample	Sample	Check.in	Sign.	รับผล	รับผล