



<b>ID Number:</b> <b>Date:</b>	<b>فرم اخذ شرح حال بیماران فلوسایتومتری</b>
نام و نام خانوادگی بیمار:	
سن بیمار:	
تاریخ تولد:	
نام پدر:	
ملیت:	
کد ملی:	
شغل:	
نام پزشک:	
تاریخ نمونه گیری توسط پزشک:	
تلفن:	
آدرس دائم:	