مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

فرم نتیجه آزمایشات

نام ونام خانوادگی بیمار:..... شماره پرونده: .....

ردیف	تاریخ	نوع آزمایش مورد درخواست	نتیجه آزمایش	نام وامضاءمسئول