



| | | |
|-------|-----|-------|
| 姓名： | 性别： | 年龄： |
| 门诊号： | | 床位号： |
| 科别： | | 检查单号： |
| 检查部位： | | 检查时间： |

影像所见:

影像所得:

| | | | |
|-------|-------|-----|-------|
| 报告医师： | 审核医师： | 签名： | 报告时间： |
|-------|-------|-----|-------|

此报告仅供本院医生参考，不做证明用