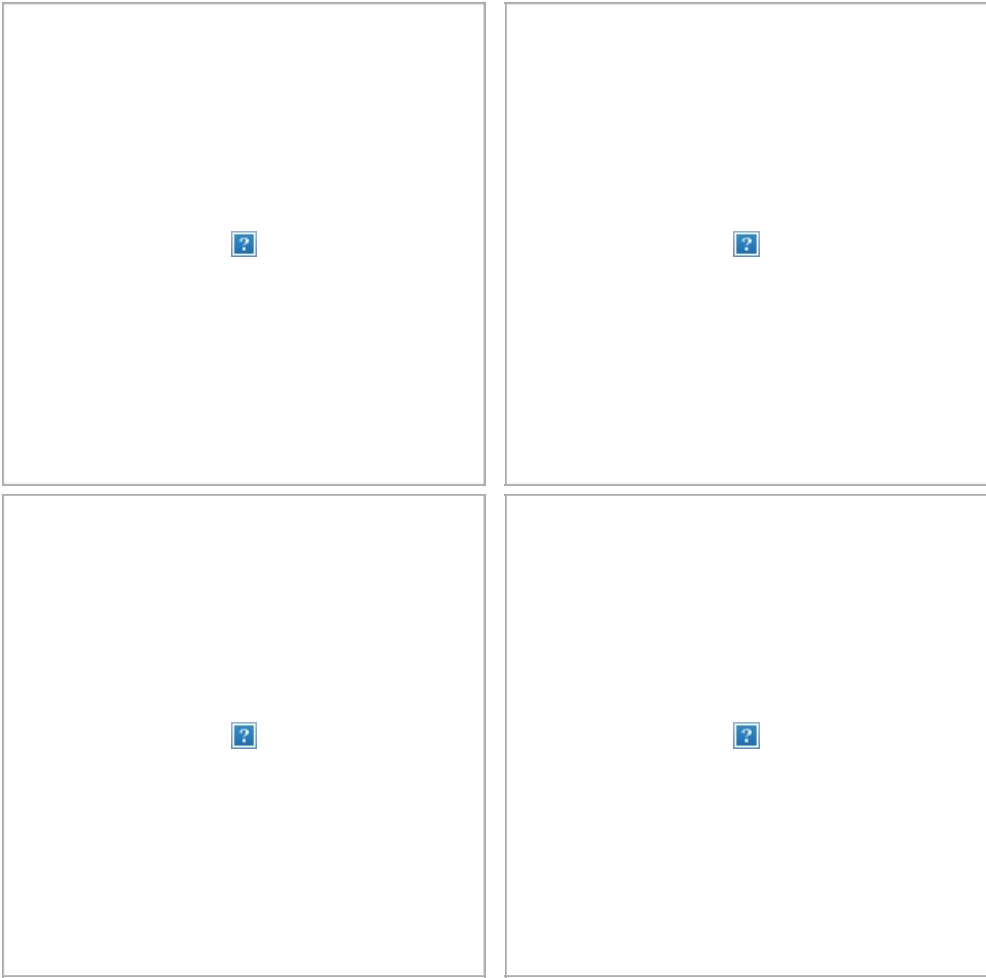


# Topcon NW300眼底检查

姓名：ghjggh	性别：hjhkj	出生日期：	身份证：
社保：	联系电话：		



检查所见：

检查提示：

检查日期：	检查医生：	医生签字：
-------	-------	-------

注：本报告谨供临床医师参考，影像科医师签字后有效