

影像号：

姓名：

性别：

年龄：

床号：

科别：

门诊/住院号：

检查日期：

检查项目：

临床诊断：

影像所见：

影像诊断：

报告医师：

审核医师：

注意：本报告仅供本院临床参考，请临床医师结合临床综合分析。  
本报告需医师签字后有效。

报告日期：