

# 婦科超音波檢查報告

姓名：

年齡：

病歷號碼：

臨床症狀：

臨床診斷：

照片黏貼處

1. 子宮\_\_\_\_\_

2. 子宮附屬器官\_\_\_\_\_

3. 其它\_\_\_\_\_

診斷：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

檢查日期：

報告者：