

## 產科超音波檢查報告

姓名：                      年齡：                      病歷號碼：

LMP：                      EDC：                      週數：

臨床診斷：

照片黏貼處

1. 胚囊 有      無                      2. 胎數\_\_\_\_\_

3. 心跳 有      無                      4. 胎位\_\_\_\_\_

5. 胎兒大小周數\_\_\_\_\_                      6. 胎盤位置\_\_\_\_\_

7. 羊水 正常    過多    過少                      8. 其它 \_\_\_\_\_

診斷： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

檢查日期：

報告者：