

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Sciences

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ اندازه گیری میزان بینایی  
OPTOMETRY RECORD

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
<div>Present glasses: OD OS</div> <div>Ophthalmoscopy:</div> <div>Refraction:</div> <div>manifest OD best guessed OS Best guessed VA VA</div> <div>Refraction: Near(VA) Add Far(VA)</div>							
VF. OS				OD			
Kind of perimeter: نوع پریمتر:							
Result & Assessment: نتیجه:							
Name & Signature of Optometrist: نام و امضاء اپتومتریست:							

