

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ اندازه گیری میزان بینایی
OPTOMETRY RECORD

Unit No: شماره پرونده:

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:				
Vision:	OD	SC	CC	PH			
	OS	SC	CC	PH			
Refraction errors:	OD						
	OS						
Motility:							
Tension : Schiotz	OD		Applanation	OD			
	OS			OS			
Lids:	OD		OS				
Cornea:	OD		OS				
A.C:	OD		OS				
Lens:	OD		OS				
Gonioscopy:							
Vitreous study:							
Ophthalmoscopy:							
Physician Name & Signature:				نام و امضاء پزشک:			