

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

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:				

Personal & Family History: تاریخچه شخصی و خانوادگی:

Chief Complaint: علت مراجعه:

Clinical Finding: یافته های کلینیکی:

Vision:	OD	SC	CC	PH
	OS	SC	CC	PH
Refraction errors:	OD			
	OS			
	Far (VA)	ADD	Near(VA)	Cyclo with
				OD
				OS
OD				
OS				

Cover Test:				
Cover (D)	OS	OD	EOM	Motilities
Cover (Near)	OS	OD	OS	OD
NPC	OS	OD	Color Vision	
NPA	OS	OD	OS	OD
Pupil	OS	OD		
Color	OS	OD		
Tension:	Selioty	OD	Apqlination	OD
		OD		OS
Lids	OS	OD	AC	OS
Cornea	OS	OD	Lens	OS
				OD

Retinoscopy	OS	OD			
Fundus diops	Cup	Color	Margin	Macula	Vessele
	Periphery				
OD					
OS					

Keratometry:	OS				
	OD				

Optometrist Name & Sign: نام و امضاء اپتومتریست: