

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 چشم پزشکی
OPHTHALMOLOGY 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:				
Diagnosis:	تشخیص:	Occupation:	شغل:	Sex:	جنس:	F <input type="checkbox"/>	مؤنث <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>
2 s: 1.CC							
3- Illnesses:							
4- Family HX:							
5- Present Medications:							
II. OBJECTIVE							
1. Present Glasses							
Without Glasses							
OD							
OS							
Far							
Near							
Far							
Near							
Pin hole							
1. Visual Acuity							
OD							
OS							
2. External Exam							
Lids							
Conj							
Pupils							
Fissure							
OD							
OS							
3. Slit Lamp Exam							
Cornea							
AC							
Lens							
Ant. Vitreous							
Angle							
TA OD							
OS							
4. Fundus Diops							
DISC							
Cup							
Color							
Margin							
Macula							
Vessels							
Periphery							
OD							
OS							
5. Refraction							
Far (VA)							
ADD							
Near(VA)							
Without drops							
OD							
OS							
Cyclo with							
OD							
OS							
III. ASSESSMENT							
IV. PLAN:							
Physician Name & Signature:							
نام و امضاء پزشک:							