



مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

معاینه تخصصی چشم

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :	شماره پرونده :
پزشک معالج :	تلفن :		
آدرس منزل :			

VA	OD	VA	OD	REF	OD
SC	OS	CC	OS		OS

P.M.H :
Gross EXAM :
Slit Lamp Exam :
Lop : { OD { OS
Gonioscopy :
Fundus : { OD { OS
Impression :
Plan :