



مرکز پزشکی فیض

شماره پذیرش:

تاریخ:

سن:

نام و نام خانوادگی:

Chief Complaint:

Medications:

Present Illness:

Past History:

OD

OS

GE:

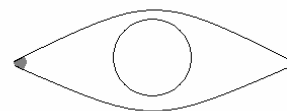
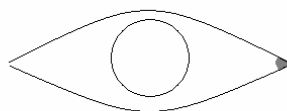
1. Visual Acuity
2. Deviation
3. EOM
4. Red Reflex
5. Pupillary Reflex
6. RAPD

SC: CC: PH:

SC: CC: PH:

SLE:

1. Lacrimal System
2. Eyelids & lashes
3. Conjunctiva
4. Cornea
5. AC
6. Iris
7. Lens
8. Ant. Vitreous

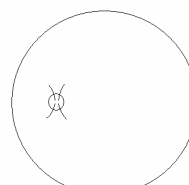
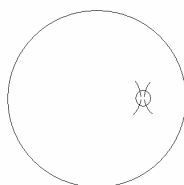


IOP:

Gonioscopy:

Refraction:

Funduscopy:



Impression:

Plan:

Signature:

تاریخ مراجعه بعدی:

در مراجعه بعدی این برگه را همراه داشته باشید

Remark: