

فرم شماره ۱: شرح حال چشم

(این فرم توسط اپتومتریست / کارشناس پر می شود و توسط چشم پزشک تایید می شود)

نام و نام خانوادگی:

سن:

کد:

تاریخ معاینه:

(۱) آیا به دیابت مبتلا هستید؟ ۱. خیر ۲. بلی سال ۳. نمیدانم

(۲) سابقه فامیلی در بستگان درجه اول:

۱. گلوکوم	۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم
۲. پارگی شبکیه	۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم
۳. کراتوکونوس (قوزقرنیه)	۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم
۴. شبکوری (رتینیت پیگمانتوزا)	۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم

(۳) ویزیت چشم پزشکی در یک سال اخیر: ۱. نداشتم ۲. جهت بیماری چشمی (توضیح :) ۳. جهت

چکآپ

(۴) سابقه استفاده از:

a) عینک دور	۱. خیر ۲. بلی
b) عینک نزدیک	۱. خیر ۲. بلی
c) لنز تماسی شماره دار	۱. خیر ۲. بلی
i) بلی: تهیه از: ۱. چشم پزشک / اپتومتریست ۲. داروخانه ۳. متفرقه	

- d) لنز تماسی زیبایی ۱. خیر ۲. بلی
- i) اگر بلی: تهیه از: ۱. چشم پزشک/ اپتومتریست ۲. داروخانه ۳. متفرقه
- ۵) کدورت قرنیه دارد یا ندارد؟
- a) ۱. بله ۲. خیر
- در صورت انتخاب گزینه ۱ خفیف متوسط شدید
- درگیری مرکز قرنیه بله خیر
- علت بیماری ضربه اسکار ناشی از عفونت بیماریهای ویروسی چشم سایر
- ۶) سابقه درمان آمبلیوپی ۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم
- ۷) سابقه جراحی های چشمی: ۱. خیر ۲. بلی ۳. نمیدانم
- a) کاتاراکت (آب مروارید)
- i) چشم راست
- ii) چشم چپ
- iii) هر دو چشم
- iv) نمیدانم کدام چشم
- v) ندارد
- b) لیزر برای دیابت
- i) چشم راست
- ii) چشم چپ
- iii) هر دو چشم
- iv) نمیدانم کدام چشم
- v) ندارد

(c) جراحی عیوب انکساری (لیزیک/PRK/ لنز داخل چشمی) / توضیح:

(i) چشم راست

(ii) چشم چپ

(iii) هر دو چشم

(iv) نمیدانم کدام چشم

(v) ندارد

(d) پارگی شبکیه

(i) چشم راست

(ii) چشم چپ

(iii) هر دو چشم

(iv) نمیدانم کدام چشم

(v) ندارد

(e) گلوکوم (آب سیاه)

(i) چشم راست

(ii) چشم چپ

(iii) هر دو چشم

(iv) نمیدانم کدام چشم

(v) ندارد

(f) مجرای اشکی

(i) چشم راست

(ii) چشم چپ

iii هر دو چشم

iv نمیدانم کدام چشم

v ندارد

g متفرقه:.....

۸) علایم خشکی چشم شدید شامل سوزش، احساس جسم خارجی، سخت باز شدن پلک ها

i چشم راست

ii چشم چپ

iii هر دو چشم

iv نمیدانم کدام چشم

v ندارد

نام و نام خانوادگی اپتومتریست/ کارشناس:

کد اپتومتریست/ کارشناس :