

**แบบฟอร์มรายงานการตรวจตา**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ ..... ปี

ข้าพเจ้า นพ. / พญ. .... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ประจำโรงพยาบาล ..... ได้ตรวจร่างกายของผู้ป่วยแล้วปรากฏผลการตรวจดังนี้

1. ประวัติการบาดเจ็บ / เจ็บป่วยที่ตา

.....

2. วันที่เริ่มปรากฏอาการ.....

3. ภาวะผิดปกติและความผิดปกติ หรืออาการความเจ็บป่วยที่เหลืออยู่ในปัจจุบัน

3.1 ความบาดเจ็บ/ความผิดปกติต่อดวงตา

.....

3.2 ความบาดเจ็บ/ความผิดปกติต่อร่างกายทั่วไป

.....

4. แผนการรักษาในปัจจุบัน

4.1 การตรวจรักษาที่เกี่ยวข้องกับดวงตา.....

.....

4.2 การตรวจรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง.....

.....

5. สถานภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและสมรรถภาพการใช้งานของดวงตาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย (ณ วันที่กรอกเอกสารนี้)

.....

6. ผลการตรวจตาครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ .....

• Visual Acuity ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

• Visual Field ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

• Fundoscopy eyeground ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

• ผลการตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

7. Prognosis .....

8. ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

วันที่ .....