

แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นของจักษุแพทย์

ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย.....อายุ..... ปี
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันที่ตรวจตา.....

1. ประวัติการบาดเจ็บที่ตา.....
-
-
2. ผลการตรวจตา

ผลการตรวจตา	Right Eye (ตาขวา)	Left Eye (ตาซ้าย)
Visual Acuity (ระดับสายตา)		
Anterior Chamber (ส่วนหน้าของตา)		
Lens (เลนส์แก้วตา)		
Eye Pressure (ความดันตา)		
Optic Nerve (ประสาทตา)		
ผลการตรวจตา	Right Eye (ตาขวา) ขณะใส่แว่นตา	Left Eye (ตาซ้าย) ขณะใส่แว่นตา
Visual Acuity (ระดับสายตา)		

3. มีตาข้างหนึ่งข้างใดบอด ซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้เลยโดยสิ้นเชิงหรือไม่ (กรณีระบุข้าง)
-
4. ความผิดปกติของตาที่เป็นเหตุให้มองไม่เห็น
-
-
5. การวินิจฉัยโรค.....
6. มีโอกาสที่จะรักษาหรือแก้ไขสิ่งผิดปกติให้ตากลับเห็นได้อีกหรือไม่
-
7. ตาข้างที่มองไม่เห็นจะสามารถเปลี่ยนตาตาให้กลับเห็นได้อีกหรือไม่
-
8. ท่านคิดว่าการสูญเสียดวงตาของผู้รับการรับตรวจรายนี้จะเกิดจากโรค อุบัติเหตุ การเสื่อมสภาพ หรือจากเหตุอื่นใด
-
9. สิ่งที่ตรวจพบนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น
-
-
10. สิ่งที่แพทย์ผู้ตรวจเห็นควรแจ้งให้ทราบ
-
-
11. ผู้ป่วยรายนี้ ท่านประเมินว่าตาบอด ซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้เลยโดยสิ้นเชิงตั้งแต่วันที่
-
12. ผลการตรวจแอลกอฮอล์.....
13. ผลการตรวจสารเสพติด.....

ชื่อจักษุแพทย์ผู้ตรวจตา : ลายเซ็น : วันที่.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ : วุฒิ :

ชื่อสถานพยาบาล : โทรศัพท์ :

หมายเหตุ : ผู้รับการตรวจจะต้องนำบัตรประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีภาพถ่ายและเป็นบัตรที่ทางราชการออกให้ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ หนังสือเดินทาง ใบต่างดาว เป็นต้น แสดงต่อแพทย์ผู้ตรวจ