

แบบฟอร์มตรวจหลังผ่าตัดต่อกระจกมูลินีซี พอ.สว.

Post op d.1 วันที่.....

Refer : .....

Ocular exam :



ดีขึ้น  ไม่ดีขึ้น

การมองเห็น :

Dx : .....

Rx :  .....

.....

Refer : .....

Dr. ....

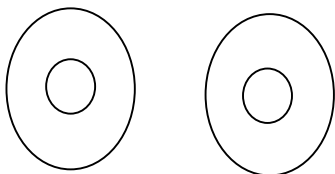
Post op wk 1 วันที่.....

Ocular exam :

VA \_\_\_\_\_

c̄ PH \_\_\_\_\_ c̄ PH \_\_\_\_\_

Tn \_\_\_\_\_



Dx : .....

Rx :  .....

.....

Refer : .....

Dr. ....

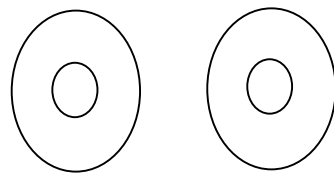
Post op Mo 1 วันที่.....

Ocular exam :

VA \_\_\_\_\_

c̄ PH \_\_\_\_\_ c PH \_\_\_\_\_

Tn \_\_\_\_\_



Dx : .....

Rx :  .....

.....

Refer : .....

Dr. ....