



โรงพยาบาล _____

แบบฟอร์มขอรับดวงตาจากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ผู้ป่วย

ชื่อ _____ อายุ _____ เพศ _____ อาชีพ _____

เลขที่ [H.N.] _____

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

ผู้ใกล้ชิด _____

ติดตามได้ที่ _____ โทรศัพท์ _____

[RE]

[LE]

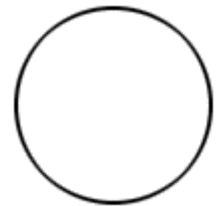
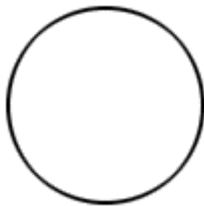
การวินิจฉัยโรค

ประวัติการผ่าตัดตา - เมื่อใด

VA

O.T.

กระจกตา



ม่านตา

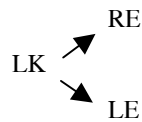
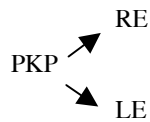
เลนส์

เรตินา

ความผิดปกติอย่างอื่น

โรคประจำตัว

ต้องการเพื่อทำผ่าตัด



ต้องการรับดวงตา

[] ด่วนมาก เนื่องจาก _____

[] ด่วน เนื่องจาก _____

[] ตามลำดับ

การพยากรณ์ผลการผ่าตัด [] ดีมาก [] ดี [] พอใช้ [] เลว

จักษุแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด _____ ติดต่อได้ที่ _____

ลงนามจักษุแพทย์ผู้ขอ _____

หมายเหตุ _____