

# 眼睛检查报告

姓名:	性别:	年龄:	病历号:
左眼视力:	右眼视力:	左眼眼压:	右眼眼压:
眼轴长度:	角膜曲率:	晶状体混浊程度:	
视网膜血管情况:		黄斑状况:	
高血压病史:		糖尿病病史:	
家族病史:		眼底病史:	

眼底影像:

医生建议:

医生:

检查日期: