



គ្លីនិកភ្នែក ដោរ សីហា

សញ្ញាប័ត្រឯកទេសចក្ខុវិស្វកម្មសកលវិទ្យាល័យប្រទេសអូស្ត្រាលី

M.D.(F.USSR), CPHO (UK), FCSO(W.Australia)

អាសយដ្ឋាន: ផ្ទះលេខ ១២១ ផ្លូវលេខ ១១០ សង្កាត់វត្តភ្នំ(ខាងលចផ្សារចាស់)

Tel: 023 992 962, 012 840 796, Email: doseiha@gmail.com

ឈ្មោះ: Testing អាយុ 12 ឆ្នាំ ភេទ F

រោគវិនិច្ឆ័យ Haemophthalmos ភ្នែក Left Eye

VA.RE : PH: REF: IOP R

VA.LE : PH: REF: IOP L

វេជ្ជបញ្ជា

ល រ	ឈ្មោះថ្នាំ	ចំនួន	លើភ្នែក	របៀបប្រើ - រយៈពេល
1	+0.25	7	ភ្នែក ឆ្វេង	1 តំណក់ ក្នុង 2 ម៉ោង 1 ដង-(1 សប្តាហ៍)

ថ្ងៃទី. 17-02-2017

វេជ្ជបណ្ឌិត

Doctor.

ថ្ងៃពិនិត្យឡើងវិញ

នៅថ្ងៃ

សំគាល់

ជាមួយ

សូមយកវេជ្ជបញ្ជាមកជាមួយពេលមកពិនិត្យលើកក្រោយ

Please keep this prescription for next appointment