

ชื่อบริษัท / ร้าน

ตราประทับ (ถ้ามี)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

แบบฟอร์มการวัดสายตา

ชื่อ-สกุล/Name _____ อายุ/Age _____ ปี เพศ/Gender _____

ผลการวัดสายตาที่สามารถมองเห็นได้ชัดที่สุด / Best corrective prescription

Rx	Sph	Cyl	Ax	Prism	Add	VA
OD						
OS						

ผลการวินิจฉัยความผิดปกติของสายตา / Case diagnosis

- ☐ สายตาสั้น / Myopia
☐ สายตายาว / Hyperopia
☐ สายตาเอียง / Astigmatism
☐ สายตายาวตามอายุ / Presbyopia

ค่าการวัดสายตาสำหรับประกอบ / Prescription for fitting

- ☐ ประกอบแว่นสายตา / Eyeglass ☐ คอนแทคเลนส์ / Contact lens

Rx	Sph	Cyl	Ax	Prism	Add	VA	PD
OD							
OS							

ลงชื่อ ผู้ตรวจวัดสายตา / Optician _____