

نام و نام خانوادگی: .....

شماره پرونده: .....

جنسیت: مذکر  مونث

سن: .....

تاریخ مراجعه: .....

لطفاً به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید:

<p>سن 0-7 سالگی ..... سن 8-14 سالگی ..... سن 15-21 سالگی .....</p>	<p>1. لطفاً مشخص نمایید بیشتر دوران کودکی و نوجوانی خود را در هر یک از محدوده های سنی مشخص شده در کجا سپری کرده اید؟</p>												
<p>.....</p>	<p>2. لطفاً استان محل تولد خود را ذکر نمایید.</p>												
<p>1. کرد 2. فارس 3. ترک 4. عرب 5. بلوچ 6. گیلک 7. لر 8. سایر قومیت ها</p>	<p>3. لطفاً در صورت امکان قومیت مادر خود را مشخص نمایید.</p>												
<p>1. کرد 2. فارس 3. ترک 4. عرب 5. بلوچ 6. گیلک 7. لر 8. سایر قومیت ها</p>	<p>4. لطفاً در صورت امکان قومیت پدر خود را مشخص نمایید.</p>												
<p>1. بی سواد 2. ابتدایی 3. راهنمایی 4. دبیرستان 5. دیپلم 6. لیسانس 7. فوق لیسانس و بالاتر، پزشکی</p>	<p>5. لطفاً میزان تحصیلات خود را مشخص نمایید.</p>												
<p>- پدر: 1. بی سواد 2. ابتدایی 3. راهنمایی 4. دبیرستان 5. دیپلم 6. لیسانس 7. فوق لیسانس و بالاتر، پزشکی - مادر: 1. بی سواد 2. ابتدایی 3. راهنمایی 4. دبیرستان 5. دیپلم 6. لیسانس 7. فوق لیسانس و بالاتر، پزشکی</p>	<p>6. لطفاً میزان تحصیلات والدین را ذکر نمایید.</p>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>وسيله گرمایشی: 1. سیستم مرکزی (شوفاژ، فن کوئل...)</li> <li>بخاری (نفتی، گازی) 3. سایر وسایل</li> <li>از کدامیک از وسایل استفاده می کنید:</li> <li>1. تلویزیون رنگی: 1. بلی 2. خیر</li> <li>2. تلویزیون LCD یا LED: 1. بلی 2. خیر</li> <li>3. کامپیوتر، لب تاپ، تبلت: 1. بلی 2. خیر</li> <li>4. ماکروبو: 1. بلی 2. خیر</li> <li>5. مبلمان: 1. بلی 2. خیر</li> <li>6. ماشین لباسشویی: 1. بلی 2. خیر</li> <li>7. ماشین ظرف شویی: 1. بلی 2. خیر</li> <li>8. جاروبرقی: 1. بلی 2. خیر</li> <li>9. اینترنت: 1. بلی 2. خیر</li> <li>10. اجاق گاز: 1. بلی 2. خیر</li> <li>11. کولر گازی: 1. بلی 2. خیر</li> <li>12. یخچال: 1. بلی 2. خیر</li> <li>13. فریزر: 1. بلی 2. خیر</li> <li>14. حمام در منزل: 1. بلی 2. خیر</li> <li>15. توالیت بهداشتی (شیرآب، هواکش، کف کاشی یا سیمان): 1. بلی 2. خیر</li> </ul>	<p>7. لطفاً برای تعیین سطح وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>سرپرست خانوار در خانواده شما چه کسی است؟ 1. پدر 2. مادر 3. خود بیمار</li> <li>سن سرپرست خانوار: .....</li> <li>وضعیت شغلی فعلی سرپرست خانوار: 1. بیکار 2. شاغل 3. بازنشسته</li> <li>4. شاغل پس از بازنشستگی</li> <li>شغل سرپرست خانوار: (برای بازنشسته ها و بیکاران شغل قبلی در ستون 5 پرشود)</li> <li>1. رده اول (خانه دار، کارگر فصلی، دستفروش)</li> <li>2. رده دوم (کارگر ساده، کشاورز، خدمات)</li> <li>3. رده سوم (راننده، معلم، کارگر فنی، کارمند لشکری، کشوری، کاسب خرد)</li> <li>4. رده چهارم (استاد دانشگاه، کارفرما، پزشک، مدیر رده بالا، وکیل، کارخانه دار، زمین دار، کاسب بزرگ)</li> </ul> <table border="1" data-bbox="774 1541 1481 1776"> <tr> <td data-bbox="774 1541 1077 1585">6- فعلی</td> <td data-bbox="1077 1541 1380 1585">5- اصلی</td> <td data-bbox="1380 1541 1481 1585"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="774 1585 1077 1630"></td> <td data-bbox="1077 1585 1380 1630"></td> <td data-bbox="1380 1585 1481 1630">عنوان: بنویسید</td> </tr> <tr> <td data-bbox="774 1630 1077 1675"></td> <td data-bbox="1077 1630 1380 1675"></td> <td data-bbox="1380 1630 1481 1675">رده:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="774 1675 1481 1776">از نوشتن عنوان های کلی مانند مهندس، کارمند، کشاورز، آزاد، بازنشسته خودداری</td> </tr> </table>	6- فعلی	5- اصلی				عنوان: بنویسید			رده:	از نوشتن عنوان های کلی مانند مهندس، کارمند، کشاورز، آزاد، بازنشسته خودداری		
6- فعلی	5- اصلی												
		عنوان: بنویسید											
		رده:											
از نوشتن عنوان های کلی مانند مهندس، کارمند، کشاورز، آزاد، بازنشسته خودداری													
<p>1. بلی 2. خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>8. آیا شما طی دو سال قبل به اپتومتریست مراجعه نموده و معاینه شده اید؟</p>												
<p>1. بلی 2. خیر</p>	<p>9. آیا شما طی دو سال قبل به چشم پزشکی مراجعه نموده و معاینه شده اید؟</p>												
<p>1. بلی 2. خیر 1. چشم راست 2. چشم چپ 3. هر دو چشم</p>	<p>10. آیا تشخیص کراتوکونوس (فوز قرنیه) در معاینات قبلی برای شما توسط چشم پزشک داده شده است؟ - در صورت پاسخ مثبت، لطفاً چشم درگیر را مشخص نمایید.</p>												
<p>1. بلی 2. خیر 1. سندرم داون 2. سندرم مارفان 3. سندرم اهلر-دانلوس</p>	<p>11. آیا تا کنون بیماری عمومی خاصی برای شما تشخیص داده شده است؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفاً نوع بیماری را مشخص نمایید.</p>												

4. بیماری کلیوی 5. پرولاپس دریچه میترال 6. بیماری های کلاژنی 7. آلرژی 8. شب کوری 9. سندرم Bardet-Biedl 10. سندرم Laurence-Moon-Bardet-Biedl 11. Osteogenesis imperfecta 12. سایر بیماری ها نوع بیماری.....	
1. بلی 2. خیر .....	12. آیا تاکنون سابقه ابتلا به بیماری دیابت داشته‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا سن تشخیص بیماری دیابت را ذکر نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. کراتوکونژکتیویت فصلی 2. آتوپی 3. دیستروفی قرنیه 4. سایر بیماری ها نوع بیماری.....	13. آیا تاکنون بیماری چشمی خاصی برای شما تشخیص داده شده است؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا نوع بیماری را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر	14. آیا سابقه ابتلای به گلوکوم (آب سیاه) در خانواده شما وجود دارد؟
1. بلی 2. خیر 1. چشم راست 2. چشم چپ 3. هر دو چشم 1. جراحی لیزیک 2. جراحی CXL 3. PRK 4. پیوند قرنیه	15. آیا تا کنون سابقه جراحی قرنیه داشته‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا چشم درگیر را مشخص نمایید. - لطفا نوع عمل جراحی را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. اصلاح دید در فواصل دور 2. اصلاح دید در فواصل نزدیک	16. آیا تا کنون از عینک برای اصلاح دید خود استفاده کرده‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا موارد استفاده آن را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. لنز نرم 2. لنز سخت 3. سایر موارد نوع لنز.....	17. آیا تا کنون از لنز تماسی برای اصلاح دید خود استفاده کرده‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا نوع لنز را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. چشم راست 2. چشم چپ 3. هر دو چشم	18. آیا شما با وجود استفاده از عینک یا لنز تماسی باز مشکل تاری دید دارید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا چشمی را که مشکل تاری دید دارد، مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر	19. آیا شما با وجود عینک یا لنز تماسی، مشکل دوبینی دارید؟
1. اصلا 2. خیلی کم 3. کم 4. گاهی اوقات 5. زیاد 6. خیلی زیاد 7. همیشه	20. آیا چشم های خود را مالش می دهید یا داده‌اید؟
1. اصلا 2. خفیف 3. متوسط 4. شدید	21. آیا تاکنون سابقه خشکی چشم داشته‌اید؟
1. بلی 2. خیر 1. گرد و خاک 2. پنی سیلین 3. تب یونجه 4. گرده گل 5. سایر موارد نوع آلرژی.....	22. آیا شما تاکنون سابقه آلرژی داشته‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا موارد آلرژی را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. بیماری آسم 2. بیماری اگزما 3. هر دو بیماری	23. آیا تاکنون سابقه بیماری آسم یا اگزما داشته‌اید؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا نوع بیماری را مشخص نمایید.
1. بلی 2. خیر 1. 1-10 2. 10-20 3. 20-30 4. بیشتر از 30 ..... ماه 1. بلی 2. خیر ..... ماه	24. آیا شما از سیگار استفاده می‌کنید؟ - در صورت پاسخ مثبت، چند نخ سیگار در طول روز به طور متوسط استفاده می‌کنید؟ - در صورت پاسخ مثبت، چند مدت است که سیگار مصرف می‌کنید؟ - آیا هم‌اکنون نیز از سیگار استفاده می‌کنید؟ - در صورت پاسخ منفی، مدت ترک سیگار را مشخص نمایید؟
.....	25. لطفا شغل خود را ذکر نمایید.
1. 0-2 2. 3-4 3. 5-6 4. بیشتر از 6 ساعت	26. لطفا مشخص نمایید که به طور متوسط چند ساعت از طول روز را در محیط باز می‌گذارید.
1. بلی 2. خیر	27. آیا شما در مواقع قرار گرفتن در محیط باز از عینک آفتابی استفاده می‌نمایید؟
شماره موبایل: ..... 09 شماره تلفن + کد شهر: ..... /..... صبح عصر شب	28. آیا مایل هستید در صورت نیاز از طریق تلفن با شما در ارتباط باشیم؟ - در صورت پاسخ مثبت لطفا شماره تماس و زمان مناسب جهت ارتباط را ذکر نمایید.