

Dynamic Assessment Form

グレー部分がすべて記入されていることを確認し、追加情報があればコメント欄に入力してください。

Movement/Rotation/Centration/Comfort/Visual Acuityの部分は関連のある言葉に丸を付けてください。

Patient Name/Ref: _____

Account No: _____

Date: _____

Right Eye/Left Eye

トライアルレンズのパラメーター:				注文番号:			
		正面視			上方視		
	Movement	<1.0mm	1.0mm-2.0mm	>2.0mm	<1.0mm	1.0mm-2.0mm	>2.0mm
	Rotation	回転量: ____°	時計回り	反時計回り	回転量: ____°	時計回り	反時計回り
		回転なし	少し回転	不安定な回転	回転なし	少し回転	不安定な回転
	Centration (光学部の位置)	中心に位置		下方にズレ 上方にズレ	中心に位置	輪部まで落ち	輪部より下に落ちる

Co	Comfort	快適	一ヵ所に気になる	全体的に不快感	その他
VA	Visual Acuity Over Rx	VA: _____	瞬目後でも安定	瞬目後良くなる	瞬目後悪くなる
追加矯正結果 (頂点間距離も記入):					
注文レンズのパラメーター:					
コメント:					

Right Eye/Left Eye

トライアルレンズのパラメーター:				注文番号:			
		正面視			上方視		
	Movement	<1.0mm	1.0mm-2.0mm	>2.0mm	<1.0mm	1.0mm-2.0mm	>2.0mm
	Rotation	回転量: ____°	時計回り	反時計回り	回転量: ____°	時計回り	反時計回り
		回転なし	少し回転	不安定な回転	回転なし	少し回転	不安定な回転
	Centration (光学部の位置)	中心に位置		下方にズレ 上方にズレ	中心に位置	輪部まで落ち	輪部より下に落ちる

Co	Comfort	快適	一ヵ所に気になる	全体的に不快感	その他
VA	Visual Acuity Over Rx	VA: _____	瞬目後でも安定	瞬目後良くなる	瞬目後悪くなる
追加矯正結果 (頂点間距離も記入):					
注文レンズのパラメーター:					
コメント:					