**附件6：**

**白内障术前筛查登记表**

筛查单位（盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号、户口地址、联系电话 | 眼别 | 白内障分型 | 曲率、眼轴 | 晶体度数 | 晶体序号 | 视力 | 预约日期 |
| 1 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 2 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 3 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 4 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 5 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 户口地址： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号、地址、电话 | 眼别 | 白内障分型 | 曲率、眼轴 | 晶体度数 | 晶体序号 | 视力 | 预约日期 |
| 6 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 7 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 8 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 9 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 10 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 。。。 |  | 男∕女 |  | 身份证号： | R∕L | C N P | 曲率眼轴 |  |  |  |  |
| 户口地址： |
| 联系电话： |
| 户口地址： |