

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女)

住所 _____

I. 種類 (該当する箇所記入、若しくは○で囲む。以下同じ)

眼鏡 ・ コンタクトレンズ (ハード・ソフト)

II. 度数及び用法

1. 眼鏡

	S (球面)	C (円柱)	A (軸)	近用加入度	PD (瞳孔距離)	用法
右					mm	遠用・近用・ 遠近両用
左					mm	

2. コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

III. 備考 (眼鏡等を必要とする理由)

1. 疾病名

2. 治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右眼視力

左眼視力

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印