

## 弱視等治療用眼鏡作成指示書

氏 名： \_\_\_\_\_ 年 齡： \_\_\_\_\_ 歳（男・女）

住 所： \_\_\_\_\_

I. 種類（○で囲む）：眼 鏡

コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

II. 度数および用法

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
左					mm	遠近両用

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および患者の検査結果

右眼視力：

(矯正視力: \_\_\_\_\_ )

左眼視力：

(矯正視力: \_\_\_\_\_ )

年      月      日

医 療 機 関

医 師 氏 名

⑩