

# 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 (○で囲む) : 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	P D (瞳孔距離)	用 法
右					mm	遠用・近用
左				作成指示書見本	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及び患者の検査結果

右眼視力 :

左眼視力 :

年 月 日

医療機関

医師氏名

印