

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 | PD（瞳孔距離） | 用法 |
|---|-------|-------|------|-------|----------|-------|
| 右 | | | | | mm | 遠用・近用 |
| 左 | | | | | mm | 遠近両用 |

作成指示書見本

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