

小児弱視等の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

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. 傷病名

(小児弱視・斜視・先天性白内障術後)

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

医療機関所在地

名称

医師氏名

㊞