

(治療用眼鏡を購入した場合の添付書類)

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

名前： _____ 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）	S（円柱）	A（軸）	近用加入度	P D（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： _____ 右眼矯正視力： _____

左眼視力： _____ 左眼矯正視力： _____

年 月 日

医療機関

医師名前

㊞