

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： _____

．種類（ で囲む） 眼鏡 ・ コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

．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			

．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