

# 弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳（男・女）

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<br>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. 傷病名

### 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：

視力測定が困難な場合その理由：

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名  
所在地  
医師名