

# 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 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