

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： _____

1. 種類（○で囲む）

眼鏡 ・ コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

2. 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			

3. 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： （ ）

令和 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医師氏名

印