

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

．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