**弱視等治療用眼鏡作製指示書**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　歳　（男・女）

住所：

Ⅰ．種類（○で囲む）：　眼鏡

　　　　　　　　　　　 コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

Ⅱ．度数および用法

１．眼鏡

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S（球面） | C（円柱） | A（軸） | 近用加入度数 | PD (瞳孔間距離) | 用法 |
| 右 |  |  |  |  |  | 遠用・近用  遠近両用 |
| 左 |  |  |  |  |  |

２．コンタクトレンズ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 右 |  | 用法 | 遠用・近用・遠近両用 |
| 左 |  |

Ⅲ．備考（眼鏡を必要とする理由）

　　１．疾患名

　　２．治療を必要とする症状および患者の検査結果

　　　　右眼視力：　 　（　 　）

左眼視力：　 　（　 　）

年 月 日

医療機関

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印