

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

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. 疾病名

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：

年 月 日

医療機関

医師氏名

印

注 本書は保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです。