

# 治療用眼鏡等作成指示書

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：平成・令和 年 月 日

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<br>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：

令和 年 月 日

医療機関

医師氏名

印