

弱視等治療用眼鏡等作製指示書

氏名：_____（男・女） 生年月日：_____（ 歳）

住所：_____

●入外（○で囲む）：入院
外来

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（軸度）	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

	ベースカーブ	サイズ	S（球面）	C（円柱）	A（軸度）	近用加入度数	用法
右							遠用・近用 遠近両用
左							

III. 備考（眼鏡等を必要とする理由）

1. 疾患名 _____
(理由)

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： _____（ ）

令和 年 月 日

医療機関

(住所)

(名称) _____

(医師氏名) _____ 印

記入例

弱視等治療用眼鏡等作製指示書

氏名：オオムラ タロウ 大村 太郎 (男・女) 生年月日：R○. ○. ○ (5 歳)

住所： 長崎県大村市○○1丁目 ○アパート 101

●入外 (○で囲む)：入院

外来

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 (軸度)	近用加入度数	PD (瞳孔間距離)		用法
右	+3.75	-2.50	180		25.0mm	51.0mm	遠用・近用 遠近両用
左	+3.50	-2.25	180		26.0mm		

2. コンタクトレンズ

	ベースカーブ	サイズ	S (球面)	C (円柱)	A (軸度)	近用加入度数	用法
右							遠用・近用 遠近両用
左							

III. 備考 (眼鏡等を必要とする理由)

1. 疾患名 弱視(屈折異常弱視)

(理由)

上記疾患のため眼鏡着用による治療が必要。

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： PV=(1.0)

左眼視力： LV=(1.0)

令和 ○年 ○月 ○日

医療機関

〒856-0000 長崎県大村市○町○-○

医療法人 ○○会 ○○眼科

医師氏名 大村 花子

印