

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名: _____ 年齢: _____ (男・女)

住所: _____

I 種類(○で囲む) : ガラス、プラスチック、コンタクトレンズ(ソフト・ハード)
IOL、遮光眼鏡()、多焦点の種類()
その他()

II 度数及び用法

1 眼鏡

	S (平面)	C (円柱)	A (軸)	P (プリズム)	B (基低)	PD (瞳孔距離)	用法
右							遠・近・中間
左							常用・必要時

2 IOL、コンタクトレンズ

右		用	
左		法	

III 使用期間(本処方箋の有効期限を○で囲む) (3日 10日 30日)

IV 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

3 検査の結果

処方日 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名

Ⓜ