

小児弱視等の治療用眼鏡等作成指示書

対象者氏名: _____ 年齢 _____ 歳(男・女)

住所: _____

1 種類(○で囲んでください)

- (1) 眼鏡
- (2) コンタクトレンズ(ハード・ソフト)

2 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			

3 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

治療用眼鏡等の療養費の支給申請にあたっては、必ずこの様式例の内容がすべて含まれた「治療用眼鏡指示書」のコピーを添付してください。