

## 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。