

No. \_\_\_\_\_

眼鏡処方箋

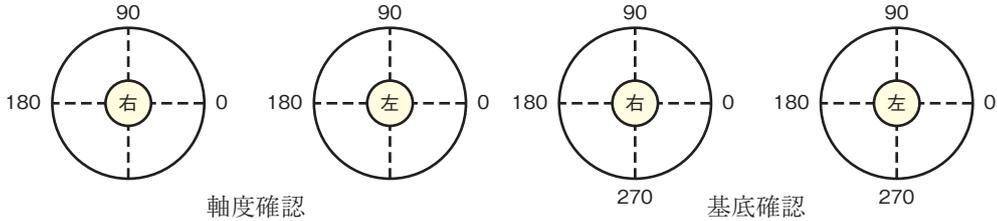
(氏名) \_\_\_\_\_ (年齢) \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)

I. レンズ種類

素 材	ガラス・プラスチック ( _____ )		
種 類	単焦点・二重焦点・三重焦点累進焦点 ( _____ )		
コート	( _____ )	カラー	( _____ )

II. レンズ値

	球面	円柱	軸度	加入度	プリズム	基底方向	瞳孔距離
右	D	D		D	△		
左	D	D		D	△		mm



III. 用法

装用目的	遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用
装用方法	常時 ・ 必要時 ( _____ )

IV. 有効期間：処方箋発行の日より5・10・30日

V. その他：1. 頂間距離は12mmとする。  
2. 多焦点レンズの瞳孔間距離は遠用を基準とする。

VI. 特記： \_\_\_\_\_

年 月 日

医師住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ㊞

(注) ・眼鏡が出来ましたら、検査のため一度ご自身でご持参ください。