

眼鏡処方箋

No. _____

年 月 日

アスクル眼科

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0

タツミビル1F

TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

明・大・昭・平

お名前

様

年

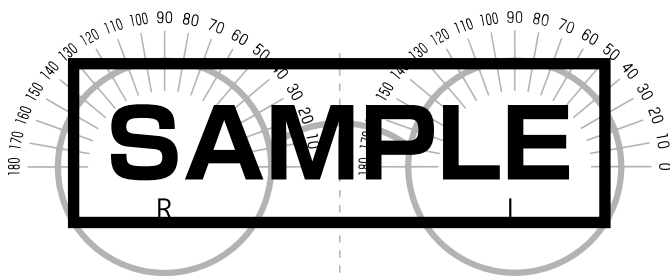
月

日生

ご住所

年齢

才



		球面	円柱	軸	プリズム	基底	PD
遠用	R	D	D	°			mm
	L	D	D	°			

(Tilting °)

		球面	円柱	軸	プリズム	基底	PD
近用	R	D	D	°			mm
	L	D	D	°			

(Tilting °)

備考