

コンタクト処方希望の方へ

当院を受診される方は必ずお読み下さい。

- ・ 当院の処方箋の有効期限は**10日間**です。それまでに購入手続きを完了してください。
- ・ 使い捨てではないソフトコンタクトレンズは、当院では処方していません。
- ・ 適切なケアを怠ったり、また不適切な使用や眼に障害がある場合には、理由の如何にかかわらずコンタクト処方をいたしません。
- ・ 当院は、厚生労働大臣が定める設置基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関です。コンタクト検査料1 200点を算定しています。ただし、別途通達された疾患がある場合、またコンタクトを中止した場合はこの限りではありません。
- ・ 不適切なコンタクトレンズ装用による障害は当院では一切責任を負いません。
- ・ コンタクトレンズによる障害が発生した場合、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構」(PMDA)への報告義務があります。詳しい情報を報告しますので、ご承知ください。

理由の如何に関わらず**装用可能期間および処方コンタクトレンズの種類も含め医師の指導に従います。**上記すべて承諾の上診療申し込みを致します。 年 月 日 № _____

ふりがな	
お名前	
郵便番号	〒 -
ご住所	
携帯電話番号	- -
mailアドレス	@

S R: _____ L: _____

- ・ コンタクトレンズは初めてですか? (はい・いいえ)
- ・ 本日処方希望のレンズはなんですか? (_____) 1Day 2Week 1M HCL
- ・ めがねは使用していますか? (はい・いいえ)

いいえの方は本日眼鏡処方のみになります。コンタクトレンズ処方はありません

<以下はコンタクトレンズ経験のある方にお尋ねします>

- ・ 本日コンタクトレンズは装用していますか? (はい・いいえ)
- ・ 最近使用したコンタクトレンズは何ですか? (_____)
- ・ コンタクトは何年装用していますか? (____年)
- ・ 現在使用されている目薬や内服はありますか? (はい→ _____ いいえ)
- ・ アレルギーはありますか? (はい→ _____ いいえ)

<女性の方へ>妊娠されていますか? (はい→ _____ヶ月・いいえ) 授乳中ですか? (はい・いいえ)

<**2Week、1か月タイプ**の使い捨てレンズを装用している方にお尋ねします>

- ・ 現在装用しているコンタクトレンズは何日目ですか? (____日目)
- ・ ケア用品は何を使っていますか? (_____)

・最近の購入販売店名及び購入日

(店名_____) ____年 ____月

・最近の処方箋発行眼科名

(_____)

スマホ通院(CLINICS)について興味

(**ある** ・ **なし**)

(アプリ登録後、症状が安定している方のみスマホでの診察を受けることが出来るシステム)