コンタクトレンズ処方をご希望の方へ

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、コンタクトレンズの使用が初めての方は6ヶ月（中学生は3ヶ月）、経験ありの方は12か月（中学生は6ヶ月）です。一度に購入できる箱数の制限はありませんが、眼の状態を健康に保つために、3ヶ月に一度の検診を推奨しております。
- 適切なケアを怠っている方、また**使用期限を越えて使用している方へのコンタクトレンズ処方は致しかねます。**2週間使い捨てのコンタクトレンズの使用期限は、使用の有無にかかわらず、開封してから2週間です。
- 眼に障害がある場合には、基本的にコンタクトレンズの処方はいたしません。まずは障害の治療をしていただき、治癒が確認できてから処方という流れになります。医師の判断により、ごく軽度の障害であれば処方可能という場合もありますが、この場合は1～2週後に必ず受診をしてください。
- 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、またコンタクトレンズの使用中止となった場合は、この限りではありません。
- 同一種類のレンズでの度数調整は、2週間以内が無料調整期間となります。種類変更、2週間を過ぎての度数調整に関しては、診察・検査料が必要となります。
- コンタクトレンズ装用に伴うトラブルに関しては、当院では責任を負いかねます。注意してご使用ください。

上記すべてに承諾の上、診療申し込みをいたします。

ふりがな		男女	男　・　女
お名前		生年 月日	大・昭・平 年　月　日（　歳）
住所	〒　－	電話	
		携帯	

- 現在使用されているお薬はありますか？　（はい→＿＿＿＿＿＿＿＿　いいえ）
- アレルギーはありますか？　（はい→＿＿＿＿＿＿＿＿　いいえ）
- コンタクトレンズは初めてですか？　（はい・いいえ）
- 眼鏡は使用していますか？　（はい・いいえ）

いいえの方は、弱い近視の場合を除き、本日は眼鏡処方のみとなります。

- 本日処方希望のレンズはなんですか？　（1day・2week・1ヶ月・長期ソフト・ハード）

〈以下はコンタクトレンズ使用経験のある方におたずねします〉

- 本日コンタクトレンズは装用していますか？　（はい・いいえ）
- 現在使用している、または最近使用したコンタクトレンズは何ですか？（＿＿＿＿＿）
- コンタクトレンズを使い始めてから何年になりますか？（＿＿＿年）

〈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）