

コンタクトレンズの処方についての同意書

めぐみ眼科クリニック
神奈川県横浜市鶴見区東寺尾1-3-12
東寺尾メディカルセンター3階
TEL: 045-718-5165

当院では18歳未満の患者様のコンタクトの処方について、保護者様へ当書面の提出をお願いしております。下記項目に同意いただける場合は、ご署名をお願い致します。

- 初めてコンタクトレンズをご使用の場合は、レンズの取り扱いに慣れが必要なため1dayタイプのソフトコンタクトレンズを1ヵ月分のみ処方させて頂いております。
1ヵ月後の定期検診で、コンタクトレンズの見え方、装用感、目の状態が良ければ最大3ヵ月分まで処方致します。
- コンタクトレンズの種類に関しましては、医師が眼の状態を確認した後、患者様に合ったレンズをご相談の上決定致します。
- コンタクトレンズの着脱ができない場合、当日の処方箋の発行は行えませんので後日改めてご予約となります。

令和 年 月 日

(患者様ご氏名)

(保護者ご氏名)

印

-----キリトリ-----

コンタクトレンズの処方についての同意書 (患者様控え)

めぐみ眼科クリニック
神奈川県横浜市鶴見区東寺尾1-3-12
東寺尾メディカルセンター3階
TEL: 045-718-5165

当院では18歳未満の患者様のコンタクトの処方について、保護者様へ当書面の提出をお願いしております。下記項目に同意いただける場合は、ご署名をお願い致します。

- 初めてコンタクトレンズをご使用の場合は、レンズの取り扱いに慣れが必要なため1dayタイプのソフトコンタクトレンズを1ヵ月分のみ処方させて頂いております。
1ヵ月後の定期検診で、コンタクトレンズの見え方、装用感、目の状態が良ければ最大3ヵ月分まで処方致します。
- コンタクトレンズの種類に関しましては、医師が眼の状態を確認した後、患者様に合ったレンズをご相談の上決定致します。
- コンタクトレンズの着脱ができない場合、当日の処方箋の発行は行えませんので後日改めてご予約となります。

令和 年 月 日

(患者様ご氏名)

(保護者ご氏名)

印