

コンタクトレンズ指示（処方）箋

（使い捨てレンズ、定期交換レンズ用）

（販売店保存用）

氏名	様（男・女）				発行年月日			
生年月日	年	月	日	才	本指示箋の有効期間は 発行日より____日			
	メーカー/レンズ名	B.C.	P	CLY	AX	DIA	ADD	カラー
右		mm	D	D		mm	D	
左		mm	D	D		mm	D	
処方数					ロット番号			
右		枚/箱		ヶ月分				
左		枚/箱		ヶ月分				
医療機関名：					眼科専門医登録番号			
住所：					電話：			
医師名：					(印) F A X：			
<p>(ご注意) 1. この処方箋は、購入時1回限り有効です。再購入時には再度処方箋の交付を受けて下さい。</p> <p>2. 加筆、修正されたもの、またコピーは無効とします。有効期間が過ぎたものも無効とします。</p> <p>3. 購入後は視力、装用状態確認の検査を受けるようお勧めします。処方交換を必要とする場合があります。</p> <p>4. コンタクトレンズは高度管理医療機器です。指示された正しい使用法を守り、指示された定期検査は必ず受けましょう。少しでも異常を感じたら、速やかにコンタクトレンズを外し、直ちに診察を受けて下さい。</p> <p>5. 販売店の方へ：処方交換には無料で応じるようにご協力下さい。処方内容が守られない時は、責任を負いかねます。</p>								

コンタクトレンズ指示（処方）箋

（医療機関保存用）

氏名	様（男・女）				発行年月日				
生年月日	年	月	日	才					
	メーカー/レンズ名	B.C.	P	CLY	AX	DIA	ADD	カラー	枚/箱
右		mm	D	D		mm	D		
左		mm	D	D		mm	D		

