

コンタクトレンズの処方についての同意書

すみれ眼科

〒260-0015 千葉県千葉市中央区富士見2-25-1 千葉ショッピングセンター C-ONE内
TEL : 043-441-6513

当院では初めてコンタクトレンズ(以下CL)を作成する高校卒業までのCL処方希望者は保護者様同伴をお願いしています。
また、CL経験がある場合でも当院が初めての場合は、原則保護者同伴としています。
保護者の同伴が難しい場合は当書面の提出をお願いいたします。

※下記をチェック()して頂き、日付のご記入・ご署名の上ご持参下さい。

- 当日診察した結果、コンタクトレンズが処方できないことや、装用中止指示が出る場合があります。
- 診察の結果次第で、ご希望のCLとは別のCLへ種類、金額が変更となる場合があります。
- 眼の状態によって点眼薬を処方する場合があります。
- 見え方、装用感、目の状態が良ければ最大 3 ヶ月分まで処方となります。
- 当院でCLの着脱ができない場合、CLを受け取ることはできません。

以上を理解の上、診察を希望します。

年 月 日

患者氏名:

保護者氏名: