眼科の医師に記入してもらってください。証明書作成のための費用は自己負担です。

証　明　書

　　　　　住所　みどり市

氏名

(　　　　年　　　月　　　日生)

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 老人性白内障 |
| 手術  年月日 | 右眼　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日  左眼　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

上記の者は老人性白内障の治療のための水晶体摘出手術(以下「手術」という)後の視力矯正のため、( 特殊眼鏡 ・ 特殊コンタクトレンズ・ 補助眼鏡 ・ 補助コンタクトレンズ )の使用を必要と認めます。

年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

医療機関　名称

　　　　　　　　　　　　 　医師名　　　　　　　　　　　　　　　印

（※自署の場合、捺印は不要です。）

備考

(1)特殊眼鏡とは、症状等の理由により、手術後に人工水晶体を挿入することのできない者が、視力矯正のために使用する眼鏡のことをいいます。

(2)特殊コンタクトレンズとは、症状等の理由により、手術後に人工水晶体を挿入することのできない者が、視力矯正のために使用するコンタクトレンズのことをいいます。

(3)補助眼鏡、補助コンタクトレンズとは手術で人工水晶体を挿入した者が、視力矯正のために使用する眼鏡またはコンタクトレンズのことをいいます。