様式第２号(第５条関係)

証明書

住所　　稲敷市

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の摘出手術（以下「手術」という）後の視力矯正のため，（補助眼鏡・特殊眼鏡・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　　　　　　　　印

備考

　(1)　補助眼鏡とは，手術後に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をいいます。

　(2)　特殊眼鏡とは，病状等の理由により，手術後に人工水晶体を挿入することができない者が，視力矯正のために使用する眼鏡をいいます。

　(3)　コンタクトレンズとは，病状等の理由により，手術後に人工水晶体を挿入できない者が，視力矯正のため使用するコンタクトレンズをいいます。