

様式第2号

## 証 明 書

住 所 真岡市  
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手術（以下「手術」という）後の視力矯正のため、

〔 特殊眼鏡（コンタクトレンズ）・補助眼鏡（コンタクトレンズ） 〕

の使用を必要と認める。（※どちらかを○で囲んでください）

年        月        日

所 在 地

医療機関 名        称

医 師 名

印

### 備考

- (1)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う。
- (2)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う。