

様式第2（第4条関係）

老人性白内障手術に係る医師の意見書			
手術を 受けた者	氏 名		性 別
	生年月日	年 月 日生（ 歳）	男・女
	住 所		
手術実施日	年 月 日 （右眼・左眼・両眼）		
手術後 の対応	<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 6 D未満 <input type="checkbox"/> 6 D以上 10D未満 <input type="checkbox"/> 10D以上 20D未満 <input type="checkbox"/> 20D以上 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ使用 <input type="checkbox"/> 片眼（ <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼） <input type="checkbox"/> 両眼		
上記の者は、老人性白内障手術後の視力矯正のために、上記に指示する特殊眼鏡又はコンタクトレンズを必要とすることを認めます。			
年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 ④			

（注） この証明書は、老人性白内障手術後の視力矯正のための特殊眼鏡等購入費への助成を受けたい方（眼内レンズ挿入手術を受けなかった方に限る。）に対し、手術実施後に記入、押印のうえお渡しくください。