

No.

発行日： 年 月 日

コンタクトレンズ処方せん

..... 殿

	メーカー名/レンズ名	ベースカーブ	球面度数	円柱度数/円柱軸	サイズ	その他	数量
R				D			枚
		mm	D	°	mm		箱 (枚入)
L				D			枚
		mm	D	°	mm		箱 (枚入)

※ 本処方せんの有効期間は発行日より 3日・10日・その他（ 日）とします。

※ 本処方せんは購入1回限りにつき有効です。複写したものは無効ですのでご注意ください。

※ 使い捨てコンタクトレンズ以外のレンズは、購入後未開封のまま、処方を受けた医療機関にご持参ください。

備考：

住 所：

医療機関名：

発行医師名：

印

図3 改訂した様式