

承諾書

- 1 この治療の主旨を充分理解し、近視矯正コンタクトレンズを使用するにあたり、担当医師の指示を厳守します。
- 2 近視矯正コンタクトを用い、点眼を組み合わせ、近視を矯正することを了解します。
- 3 この近視矯正は、定期的（1・2・3週間後、1・2・3ヶ月後、以後3ヶ月、6ヶ月毎）の診察を必ず受診します。
場合により中止することもあります。（診察代・薬代・コンタクトケア用品代は別途必要となる場合があります。）
- 4 2年～3年、特に問題がなければ、レンズを安全に使用するため、医師の指示のもとにレンズ交換をします。（費用は片眼＝36,300円（税込）です。）
特注レンズは追加料金があります。
- 5 自分のレンズは他人に譲渡しません。
- 6 痛み・充血・メヤニ・見え方の変化等の症状を感じたときには、直ちに使用を中止し、医師の診断を受けます。

以下のA・B等、不具合のある場合は装用を中止します。

- A 治療の意思がなく、また十分な視力が得られない場合。
- B 眼痛・メヤニが強く、またコンタクトレンズのセンタリングが悪く、複視・霧視のである場合

※オルソケラトロジーレンズのお試し期間中には、トライアル費用として50,600円（税込）がかかります。（破損、紛失時はトライアル費用から一枚25,300円（税込）をいただきます。）

※ご注意 担当眼科医の指示及び定期検査など上記に定められた事項を守らず発生した眼障害・その他の障害については装用者側の責任となります。

以上のことを承諾しました。

年 月 日

装用者氏名

保護者氏名