

コンタクトレンズ処方箋

【眼科記入】

発行日：平成 年 月 日

患者名		様		新規・再指示		
メーカー	コンタクトレンズ名	B.C	パワー	サイズ	乱視度数	軸
		右				
		左				
有効期限：指示書発行日より 12ヶ月・6ヶ月 その他()						
眼科クリニック施設名						
医師名		見本			印	

上記は一般的な処方箋の例になります。
有効期限などの記載が無い場合は、1年間の保管とさせていただきます。