

## 意見書

患者氏名	
生 年 月 日	明・大・昭                      年                      月                      日生まれ
老人性白内障により 水晶体を摘出した手術日	年                      月                      日
手術を行った眼	左眼                      ・                      右眼                      ・                      両眼

上記の者は人工水晶体の挿入が困難なため、特殊眼鏡(コンタクトレンズを含む)が必要であると認めます。

年                      月                      日

医療機関所在地

名                      称

医                      師

印