レーザー網膜走査型眼鏡(販売名:RETISSA メディカル)

装用指示書

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 (男 ・ 女)

1. 種類(○で囲む)

推奨サイズ : M ・ S

推奨装着方向 : 右目用 ・ 左目用

2. PD(瞳孔間距離) _____ mm (右 _____ mm 左 _____ mm)

3. 本製品の適用対象に関する患者の検査結果(レ点チェック)

網膜が機能している。

視力の低下の原因が特定されており、不正乱視である。

混濁などの目の様々な領域の評価を踏まえて本品が使用できる。

4. 患者への指導内容(レ点チェック)

添付文書、取扱説明書等により、使用において必要な注意を説明した。

本製品の使用中は、角膜、中間透光体及び網膜の性状及び機能について

定期検査が必要なことを患者に指導した。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____ 印