

マイサイト ワンデー 治療 同意書

近視進行抑制コンタクトレンズ「マイサイト ワンデー」を用いての治療（以下、本治療）を受診するにあたり、下記事項を守り受診することに同意いたします。

□ 1. 眼科専門医の指示の遵守

本治療用レンズを装用するにあたって眼科専門医から指示された事項は正確に守ります。また、指示事項に変更があった場合も新たに指示事項を守ります。

□ 2. 定期検査受診および検査日変更時の連絡の義務

指示された定期検査日には必ず来院し、検査を受けます。万一、指示された定期検査日に不都合が生じ、検査が受けられなくなった場合には、あらかじめ連絡をとり、検査日を取り決め、受診いたします。

□ 3. 異常症状発現時の連絡の義務

装用中に何らかの異常を感じた場合は、装用を中止し、速やかに受診しその指示に従います。

□ 4. 必要な事項

別冊「マイサイト 初めて BOOK」に、ご使用いただくにあたり、特にご注意ください、ご確認いただきたい内容を説明しています。取扱説明書を熟読し、正しく使用します。

病気、事故等で長期間受診できない場合には、装用を中止します。その後の装用再開にあたっては、必ず来院し診察を受け、指示に従います。

□ 5. 合併症と問題点

本治療には、以下の合併症と問題点が発生する可能性がある事を確認し、眼科専門医の指示に従い治療を受診します。

- ①特に暗い場所で光を見たときに、光の周りににじんだ輪が見える、コントラストが低下する、物が二重に見える、強い光がキラキラして眩しい。
- ②角膜潰瘍、角膜膿瘍、角膜穿孔、角膜浸潤、角膜びらん、角膜炎、角膜上皮ステイニング等の角膜上皮障害、角膜浮腫、角膜血管新生、結膜炎、結膜下出血、虹彩炎、麦粒腫、マイボーム腺炎、霰粒腫、眼瞼下垂、調節性眼精疲労、ドライアイ、角膜内皮細胞の減少。

□ 6. その他同意事項

- ①本治療には個人差があり、必ずしも期待する近視進行抑制効果が現れるとは限りません。
- ②本治療には、軸性近視のある方を対象とし、視力を補正しつつ眼軸長の伸びを抑制し、近視の進行を抑制することを目的としています。もし、他に優先的に治療を必要とする疾患や屈折性近視がある場合には、担当医師と相談の上、ご使用について慎重にご判断ください。
- ③本治療を行うことで、近視を改善したり、進行を止めたりするものではないことにご注意ください。
- ④本治療には、他の近視進行抑制を目的とする治療と併用した場合の有効性と安全性は確認できていないのでご注意ください。また、近視の進行が安定している方には期待する近視進行抑制効果が得られない場合があります。
- ④本治療受診後に何らかの疾病で受診した場合、本治療の既往について担当医に申告します。

- ⑤本治療用レンズに汚れ、キズ、破損等が生じた場合には、新しいレンズに交換していただきます。
- ⑥本治療には、近視の進行程度を確認しながら、担当医師と相談の上、装用の継続を判断します。
- ⑦正当な法令上の権限を有する官公署からの要請がある場合、製品情報を含む装用者の個人情報が提供される場合があることに同意します。

□ 7. 費用等について同意事項

- ①本治療は保険診療としての費用の他に、「マイサイト ワンデー」のレンズ代金が別途必要です。
また、本治療に関係のない疾患の検査、治療については別途保険診療として費用が掛かる場合があります。
- ②お試し装用の期間は、初めて本治療を開始する時のみとし、原則最大7日間となります。
- ③お試し装用については、片眼につき7枚ずつ（両眼で最大14枚）まで、レンズ代金無料にてご提供いたします。
- ④お試し装用期間終了後、継続して本治療をする場合は、治療用「マイサイト ワンデー」レンズ費用として片眼（1箱30枚入り） 7000円（消費税込）が必要になります。
- ⑤本治療中レンズの汚れ、キズ、破損等が生じた場合の保証はありません。
- ⑥使用状況により左右のレンズ残り枚数に誤差が生じた場合でも、1枚ずつの販売はありません。
- ⑦本治療の終了、及び途中一时装用中止の際、残りレンズの代金返金はありません。
- ⑧未開封(箱)であっても一度ご購入されたレンズは、「高度管理医療機器」のため適正な保管方法等の確認が出来ないため、返品・交換・返金はいかなる理由でも行いません。
- ⑨治療中に合併症等が生じた場合、別途治療費や薬代が必要になることがあります。

□ 8. オンラインショップ利用の同意事項

本治療開始後、次回定期検査までの治療用レンズ購入は専用オンラインショップから購入できます。
1箱から送料無料でご自宅にお届けいたしますが、定期検査までの使用分以上は購入できません。

同意日	年 月 日
医療機関 眼科専門医	〒350-0215 埼玉県坂戸市関間1-1-15 坂戸眼科医院
装用者住所	〒 -
装用者氏名	
保護者氏名	(20歳未満の方は、保護者の同意が必要です。)

< >

フリガナ		性 別	生 年 月 日
名 前	様	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
住 所	〒		
自宅	()	アドレス	
携帯	()	@	