

# 「メニコンオルソK」使用承諾書

「メニコンオルソK」使用にあたり、取扱説明書を受け取り、その内容について説明を受けました。本製品を使用した治療に際しての注意事項を十分に理解しましたので、取扱説明書に記載された事項を守り「メニコンオルソK」を使用することを承諾します。

なお、「メニコンオルソK」治療中に眼科専門医が必要と判断した眼科的治療を受けることについても承諾します。

承諾日： 年 月 日

患者氏名(自署)

現住所 〒

代理人氏名(自署)

続柄( )

説明日： 年 月 日

なお、取扱説明書に基づき患者(未成年者においては、保護者と患者)に説明を行うとともに、取扱説明書を手渡しました。

医療機関

眼科専門医

**注意：承諾事項を遵守しなかった場合について**

眼科専門医の指示及び定期検査などの上記に定められた事項を守らないために発生した眼障害、またはその他の障害については、患者様の責任になることがありますのでご注意ください。