

## 日本コンタクトレンズ学会 コンタクトレンズ処方箋検討委員会報告

### 日本コンタクトレンズ学会 コンタクトレンズ処方箋検討委員会\*

コンタクトレンズの処方箋に関しては、これまでに日本では法的に認知されたものは存在せず、コンタクトレンズ装用者の安全を守るという立場から、現時点では日本眼科医会はコンタクトレンズの院外への処方箋発行は、まだ慎重に行うべきであると考えている。その一方で、使い捨てソフトコンタクトレンズ、頻回交換ソフトコンタクトレンズ、コールド消毒等の普及などにより、コンタクトレンズ装用者は急増し、日本国民の約10人に1人がコンタクトレンズを装用する時代となり、それと共に、全国各地でコンタクトレンズの処方箋の発行に関するトラブルが増えている。営利目的でコンタクトレンズの処方箋の発行を推進する業者もいる。コンタクトレンズのメーカー・種類、コンタクトレンズの処方枚数、処方箋の有効期限などが明記されていないなど、いい加減な内容の処方箋によるコンタクトレンズトラブルも非常に多い。医師の処方を受けずにインターネット、通販、薬局でコンタクトレンズを購入し、コンタクトレンズトラブルとなるケースも増加している。

日本眼科医会としては処方箋を発行する診療形態に関しては、コンタクトレンズ処方箋の受け皿が法的に規制されていない現状では、処方箋通りのコンタクトレンズが販売される保証もなく、処方と異なったコンタクトレンズが販売され、それ

によって引き起こされた眼障害について、使用者の利害もさることながら、眼障害の責任が処方医師に降りかかってくる恐れが多分にあるので、コンタクトレンズ装用者の安全性を確保しトラブルを未然に防ぐためには、現段階ではコンタクトレンズ処方箋の院外への発行にはまだ会員のコンセンサスを得ていないのが現状である。しかし、各地区眼科医会でコンタクトレンズの処方箋に関するトラブルが発生しており、処方箋を発行せざるを得ないケースが増加しているのも事実である。このようなケースへの対応策として、日本コンタクトレンズ学会は日本眼科医会、日本眼科学会、日本コンタクトレンズ学会の3者の委員より構成されるコンタクトレンズ処方箋検討委員会を設置し、コンタクトレンズの処方箋について検討を重ね、コンタクトレンズ装用者の安全性を可能な限り確保できるようなコンタクトレンズの処方箋のひな形を作成した。

コンタクトレンズの処方箋の発行が必要な際には、この“コンタクトレンズの処方箋のひな形”を参考にして頂きたい。しかし、コンタクトレンズ処方箋の発行は医師個人の責任の下で行うものであり、この“ひな形”はあくまでも参考であり、医師各人の判断で独自のコンタクトレンズ処方箋を発行したり、必要と考える事項のみを記載して

\* 日本コンタクトレンズ学会 コンタクトレンズ処方箋検討委員会

(社)日本眼科医会

吉田 博委員・入江 純二委員・宇津見 義一委員・種田 芳郎委員

日本コンタクトレンズ学会

糸井 素純委員・植田 喜一委員・渡邊 潔委員・澤 充委員

(財)日本眼科学会

西田 輝夫委員・下村 嘉一委員・水流 忠彦委員

使用することを制限するものではない。

トコンタクトレンズ、定期交換ソフトコンタクトレンズ用の二つの形式となっている。

なお、“コンタクトレンズの処方箋のひな形”は、従来型コンタクトレンズ専用と、それ以外の使い捨てソフトコンタクトレンズ、頻回交換ソフト

(文責：糸井素純・吉田 博)

発行日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ID. \_\_\_\_\_

### 処方箋 (コンタクトレンズ)

この処方箋はハードコンタクトレンズ (ガス透過性ハードコンタクトレンズを含む)、従来型ソフトコンタクトレンズ専用です。

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_歳)

レンズ名

メーカー名

右 \_\_\_\_\_  
左 \_\_\_\_\_

レンズの規格

	ベースカーブ	球面度数	直径	ベベルなどの指示
右	_____ mm	_____ D	_____ mm	_____
左	_____ mm	_____ D	_____ mm	_____

特殊コンタクトレンズの指示

	円柱度数	円柱軸	加入度数	カラー
右	_____ D	_____ °	_____ D	_____
左	_____ D	_____ °	_____ D	_____

備考： \_\_\_\_\_

処方枚数 : 右 \_\_\_\_\_ 枚 左 \_\_\_\_\_ 枚

装用方法：終日装用, 連続装用 (最長 \_\_\_\_日まで)

本処方箋の有効期間：3日, 10日, 30日, その他 ( \_\_\_\_日) 記載のない場合は発行日から3日間有効とする

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_ 印 眼科専門医登録番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) ファックス番号： ( \_\_\_\_\_ )

- ご注意：**
- この処方箋は一回限り有効です。追加購入時は、必ず眼科専門医の診察を受け、もう一度処方を受けて下さい。
  - コンタクトレンズを購入後、処方箋を発行した医療機関にレンズを開封していない状態で、この処方箋とともにご持参下さい。購入したレンズが処方通りであるか、視力、フィッティングが適切であるかを確認致します。
  - コンタクトレンズを装用して充血などの異常がある場合は、すみやかにコンタクトレンズをはずしてできるだけ早く眼科専門医の診察を受けて下さい。
  - コンタクトレンズの安全な装用には、眼科専門医の指導をよく守り、定期的な診察と正しいケアが必要です。

☆販売店の方へのお願い：購入後に、レンズの種類や規格変更を依頼する場合もあることをご了承下さい。販売のレンズ枚数は厳守して下さい。処方内容、注意事項が守られないときは当方では責任を負いかねます。必ず、下記の必要事項を記入のうえ、この処方箋 (原本) を購入者に持たせて下さい。

販売日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 販売店名 \_\_\_\_\_

住所 (〒 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_ 販売管理者名 \_\_\_\_\_

コンタクトレンズ ロット番号 右 \_\_\_\_\_  
左 \_\_\_\_\_



発行日： 年 月 日

ID. \_\_\_\_\_

### 処方箋 (コンタクトレンズ)

この処方箋は使い捨てソフトコンタクトレンズ, 2週間交換ソフトコンタクトレンズ, 定期交換ソフトコンタクトレンズ専用です。

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

レンズ名 \_\_\_\_\_

メーカー名 \_\_\_\_\_

右 \_\_\_\_\_

左 \_\_\_\_\_

#### レンズの規格

	ベースカーブ	球面度数	直径	円柱度数	円柱軸	加入度数	カラー
右	_____ mm	_____ D	_____ mm	_____ D	_____ °	_____ D	_____
左	_____ mm	_____ D	_____ mm	_____ D	_____ °	_____ D	_____

備考： \_\_\_\_\_

処方枚数/箱数：右 \_\_\_\_\_ 箱 ( \_\_\_\_\_ 枚入り) あるいは \_\_\_\_\_ 枚

(最大3ヶ月分) 左 \_\_\_\_\_ 箱 ( \_\_\_\_\_ 枚入り) あるいは \_\_\_\_\_ 枚

装用方法：終日装用, 連続装用 (最長 \_\_\_\_\_ 日まで)

本処方箋の有効期間：3日, 10日, 30日, その他 ( \_\_\_\_\_ 日) 記載のない場合は発行日から3日間有効とする

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_ 印 眼科専門医登録番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) ファックス番号： ( \_\_\_\_\_ )

- ご注意：1 この処方箋は一回限り有効です。追加購入時は、必ず眼科専門医の診察を受け、もう一度処方を受けて下さい。
- 2 コンタクトレンズを購入後、処方箋を発行した医療機関にレンズを開封していない状態で、この処方箋とともにご持参下さい。購入したレンズが処方通りであるか、視力、フィッティングが適切であるかを確認致します。
- 3 コンタクトレンズを装用して充血などの異常がある場合は、すみやかにコンタクトレンズをはずしてできるだけ早く眼科専門医の診察を受けて下さい。
- 4 コンタクトレンズの安全な装用には、眼科専門医の指導をよく守り、定期的な診察と正しいケアが必要です。

☆販売店の方へのお願い：購入後に、レンズの種類や規格変更を依頼する場合もあることをご了承下さい。販売の箱数は厳守して下さい。処方内容、注意事項が守られないときは当方では責任を負いかねます。必ず、下記の必要事項を記入のうえ、この処方箋 (原本) を購入者に持たせて下さい。

販売日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 販売店名 \_\_\_\_\_

住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 販売管理者名 \_\_\_\_\_

コンタクトレンズ ロット番号 右 \_\_\_\_\_

左 \_\_\_\_\_