

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する  
多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都道府県名

医療機関コード

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

保険医療機関名

多焦点眼内レンズの種類 (販売名)	承認番号	実施回数	患者からの徴収額 (消費税を含む。)
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年7月1日～当年6月30日の実施状況を記載すること。  
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「承認番号」について、医薬品医療機器等法上の承認番号を記載すること。
3. 「実施回数」について、同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数すること。
4. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金  
(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
5. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金に事前の報告と相違がある  
場合は、速やかに変更の報告を行うこと。