

コンタクトレンズの受診・注文の場合にご記入の上、窓口にご提出下さい。

度数・種類の変更を希望される場合

窓口受付時間の終了 1 時間前迄(下記時間迄)にご来院下さい

月曜 10:30迄
 火曜～木曜 午前 11:30迄 / 午後 17:00迄
 土曜 12:00迄

コンタクトレンズ問診票	お名前		ID
目の異常を感じますか	あり		なし
レンズ装用時の調子	不良		良好
今、レンズはついていますか	ついている→	視力検査 希望する 視力検査 希望なし	ついてない
種類変更の希望	あり→	CL外して下さい	なし→ 直接診察
度数変更の検討	あり→	CL外して下さい	なし→ 直接診察
注文 ご希望に添えない場合もあります	1 か月 3 か月 6 か月		
	後日受取	本日持帰(エアリッチ)	自宅配送 (箱数により無料)
	受取時 お払い	本日支払い となります	
	J&J(アキビュー) レンズ/配送料 全て <u>本日先払い</u> です		