

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

コンタクトレンズ注文書	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 乾く 異物感 その他	良好
現在使用中のレンズ 当院処方・購入したもの	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外して検査	なし
度数変更の検討	あり→ CL外して検査	なし

お支払いは 現金 又は PayPay		③ Johnson アキビューは、全品前払です。配送料全て有料・返品も不可です			
本日持帰	エアリッチ (1Day)	か月分			
	アクアロックス UVマルチフォーカス	か月分			
	TOTAL14 (2Week) ケア用品付	か月分	赤1か月分	個 / 青3か月分	箱
	TOTAL14 (2Week) ケアなし	か月分			
後日受取	2Week ケア用品付	か月分	赤1か月分	個 / 青3か月分	箱
	2Week ケアなし	か月分			
	1Day	か月分			
	☐ 直送希望 ☐	あり	☐ バイオフィニティ・エピカパック あり / なし		