

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

代金前払		㊞ Johnson アキビューは返品不可 他は未開封であれば交換可		
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 🚚		ケア用品セット直送	ケア用品なしで直送	