

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
眼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
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
他店で購入したもの	ついている 視力検査なし	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

ROHTO エアリッチ (1Day)	本日持帰	か月分	
ALCON TOTAL14 (2Week)		か月分	
その他 現在使用中のレンズ (注!! J&J商品は全て前払+返品不可)	後日受取	か月分	受取日 要確認
	直送希望	か月分	箱数により無料
2week ケア用品(クリアデュー)	購入赤 本	購入青 本	なし