

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

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
	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	ケア用品付 2week	か月分 赤1か月分 個 / 青3か月分 箱
	ケアなし 2week	か月分
	ケアなし 1day	か月分
	当院窓口受取	<input checked="" type="checkbox"/> 直送希望 <input checked="" type="checkbox"/> (箱数により送料無料になります)