

フリガナ _____	記入日	年	月	日
氏名 _____	性別	男	・	女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住所 〒 _____				
自宅 () _____	携帯 () _____			

①レンズ装用は初めてですか いいえ はい

※「はい」の方は、下記の②、⑦～⑩の記入と、注意事項をお読みください。

②眼鏡はお持ちですか はい いいえ

③現在使用中のレンズの種類

1) コンタクトレンズの種類: ジョンソンエンドジョンソン アルコン ボシュロム
メニコン クーパービジョン その他 ()

2) 使用日数の種類: 1day 2week 1month 長期使用のもの

3) 度数 (乱視・遠近両用 ご使用の場合丸をお付けください)

右: C AX 左: C AX

④本日、装用していますか はい いいえ

⑤購入される場合の受け取り方法

当院で直接受け取り希望 処方箋のみ希望 ご自宅に配送希望

⑥コンタクトレンズでの最終眼科受診日

平成・令和 年 月 日

⑦今まで (現在) 目以外の病気にかかったことがありますか

なし あり ⇒ ()

⑧食べ物や薬・注射でアレルギーや異常を起こしたことがありますか

なし あり ⇒ アレルギーの内容を記入下さい ()

⑨その他、診てもらいたい症状がありますか

なし あり ()

⑩女性の方のみに質問です 妊娠中もしくは可能性がある 授乳中 該当なし

⑪当院を何で知りましたか 紹介 (知人・家族・病院) 駅

インターネット (ホームページ・其他媒体) 看板 (電柱・駐車場前) その他 ()

※カルテ作成の際に、保険証をスキャンさせていただきます。ご了承ください。

※注意事項 必ずお読みください

◎ 当院は、1dayのソフトコンタクトレンズのみの取り扱いです。遠近両用・カラーレンズ等の処方はしていません。

【取り扱いメーカー】ジョンソンエンドジョンソン/アルコン 【種類】別途ご案内いたします

◎ トライアルレンズの種類に限りがあるため、当日に処方できない場合があります。

◎ 在庫を置いていない為、当日購入はできません。

後日当院で受け取り・ご自宅に配送、または当日処方箋の発行になります。
(配送の場合、ご購入数により別途配送料がかかる場合があります。)

◎ 当院でご購入の場合、3～6日ほどお時間を頂きます。代金は先払いになります。

◎ 当院からコンタクトレンズ到着の連絡はしておりませんので、1か月以内にお受け取りにいらしてください。お受け取りにいらっしゃれない場合、一度ご連絡を頂きますようお願いいたします。(ご連絡が無い場合、お受け取りの意思が無いとみなし破棄する場合がございます。)

◎ コンタクトレンズの返品・キャンセルは受け付けておりませんので、ご了承ください。

◎ 詳しくはスタッフにご確認ください。

※こちらの用紙は無くさずに保管してください。 中央林間やまかわ眼科