

■前回当院で処方したレンズの使用感はどうでしょうか。

問題ない 問題ある

※「問題ある」の方は具体的にご記入ください。

(

)

■本日ご希望のレンズ

※患者様の目の状態によってはレンズの処方できない場合があります。

前回と同じレンズ 前回とは異なるレンズ

※「前回とは異なるレンズ」を選択の方へ

在庫があるコンタクトレンズの処方を希望

注文・直送になってもよいので目にあつたレンズの処方を希望

・ご希望のレンズはどのようなものでしょうか。例:1day 乱視用 など

(

)

■本日処方するコンタクトレンズの購入先はどちらですか？

Jコンタクト その他の販売店・ネット販売店 未定

☆ご記入いただきありがとうございました☆

当院では迅速なサービス提供のため、隣接のJコンタクトと氏名・住所・電話番号・年齢
性別・E-mail addressおよび処方データの共同利用をさせていただきます。