

コンタクトレンズ処方希望の方

コンタクトレンズ処方希望の方は、あらかじめ問診票をプリントアウトして記入されてから来院されますと、受付が迅速に行えます。

ふりがな

氏名 性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生(歳)

ご住所

電話() -

1. どちらで購入しますか？

①院内直送システム ②メガネのプリンス ③ハートアップ

その他()

2. 希望とする商品をお書きください。

ソフトコンタクト()

1デー

①アキュビュー ②アキュビューモイスト ③アキュビュートゥルーアイ

④アキュビューディファイン茶・黒 ⑤アキュビューモイストトーリック

⑥その他()

2ウィーク

①2W アキュビュー ②アドバンス ③オアシス ④オアシストーリック ⑤ロートIQ14

⑥ロートIQ14 トーリック ⑦その他()

ハードコンタクト()

3. 通院中の病気があればお書きください。

4. 最後にもしよろしければ当院を何でお知りになったかお教えてください。

①新聞広告 ②公共交通機関の広告 ③ホームページを見て ④知り合いからの紹介