(継続用)使い捨てレンズの注文用紙

いつもNKコンタクトをご利用頂き、誠にありがとうございます。
継続でご来院される前日の午前中までにお電話、またはFAXでお知らせ頂ければ、当日にはご準備をするサービスを始めましたので、ぜひご利用下さい。

尚、定期検査により、院長からの度数変更やレンズの種類の変更があった場合はご希望に添えないこともございます。その折りは、ご了承下さい。

◆下記の項目に記入の上FAX

（1） 目の状態についてお伺い致します。下記の項目で該当するものにチェックしてください。
かゆみ･･･□ある □ない　　目やに･･･□ある □ない　　充血･･･□ある □ない
乾燥感･･･□ある □ない　　痛み･･･□ある □ない　　その他（　　）

（2） （1）で該当するものがある方はいつぐらいからですか。また、今はどうですか。
＿＿＿＿＿＿日前から　□ 治った　□ 現在も症状がある

（3） コンタクトレンズは1日何時間装用されますか。
（1日　　時間･連続装用は □ する □ しない）

（ふりがな）	
（姓）	（名）
（生年月日）	
（ご自宅のお電話番号）	（携帯電話番号）
（FAX）	（メールアドレス）
（ご来店予定日）	
（現在ご使用レンズ）	
（ご希望箱数） ※半年分までの注文が可能です。ワンデータイプ片眼6箱まで、2週間･1ヶ月タイプ片眼2箱まで。 R･･･　　箱　　L･･･　　箱	

※受注後に確認のご連絡を致しますので、連絡のとれる電話番号かメールアドレスの記載をお願いします。

NK ピュアセレクト コンタクト
TEL：0978-32-6842
FAX：0978-32-7090