

南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。

ご注文日： 年 月 日

| | |
|---------------|-------|
| お名前 | 診察券番号 |
| ご住所 | |
| ※ お電話番号 () - | |

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに を入れ 右() 左() に必要個数をご記入下さい。

【 1day 使い捨て コンタクト 】

| メーカー | 商品名 | | 箱数 | 箱数 |
|-------------|------------------------------|--------------------------|-----|-----|
| シード | 1day ピュア うるおいプラス | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | 1day ピュア うるおいプラス 96枚パック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| メニコン | マジック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| ロート | 1day フレッシュビューリッチモイスト | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | 1day フレッシュビュー リッチモイスト 90枚パック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| クーパービジョン | 1day バイオメディックス EV | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | 1day バイオメディックス EV 90枚パック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | My Day | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | My Day 90枚パック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | 1day バイオメディックス トーリック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | プロクリア 1day マルチフォーカル | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| ジョンソン&ジョンソン | 1day アキュビュー モイスト | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | 1day アキュビュー モイスト 90枚パック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |

南水苑コンタクトレンズセンター **FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】**

| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前 9:00~12:00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 4:30~ 7:30 | ○ | ○ | 休 | ○ | ○ | 休 |

休 診 日
第4水曜日・日曜日・祝日

南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。

ご注文日： 年 月 日

| | |
|---------------|-------|
| お名前 | 診察券番号 |
| ご住所 | |
| ※ お電話番号 () - | |

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに を入れ 右() 左() に必要個数をご記入下さい。

【 2week 使い捨てコンタクト 】

| メーカー | 商品名 | | 箱数 | 箱数 |
|-------------|--------------------------------|--------------------------|-----|-----|
| シード | 2week ピュア うるおいプラス | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| ロート | ロート モイストアイ | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | ロート モイストアイ 乱視用 | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| クーパービジョン | バイオフィニティ | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | バイオフィニティ XR | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | バイオフィニティ アドバンスドパック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| ボシュロム | メダリスト プラス | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | アクアロックス | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | メダリスト Fresh Fit コンフォートモイスト | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | メダリスト 66 トーリック | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | メダリスト Fresh Fit コンフォートモイスト 乱視用 | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | メダリスト マルチフォーカル Low | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | メダリスト マルチフォーカル High | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| ジョンソン&ジョンソン | アキュビュー オアシス | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |
| | アキュビュー オアシス 乱視用 | <input type="checkbox"/> | 右 箱 | 左 箱 |

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前 9:00~12:00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 4:30~ 7:30 | ○ | ○ | 休 | ○ | ○ | 休 |

休 診 日
第4水曜日・日曜日・祝日

南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。

ご注文日： 年 月 日

| | |
|-------------------------------------|-------|
| お名前 | 診察券番号 |
| ご住所 | |
| ※ お電話番号 () - | |

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに を入れ 右() 左() に必要個数をご記入下さい。

【 カラー コンタクト 】

| メーカー | 商品名 | カラー | 度あり | | 度なし | | 箱数 | 箱数 |
|--------------------------|----------------------------------|------------|--------------------------|------|--------------------------|-----|-----|-----|
| シンシア ※ 5箱以下 送料540円 | フェアリー 1day | スイート ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | スイート ブラック | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | ドリーミー シリーズ | フラワー ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | フラワー ピンク | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | フェアリー 1day ロマンティック シリーズ | ブライト ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | カーキー ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | シャイニー ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | ドリーリー ブラウン | <input type="checkbox"/> | 12 枚 | <input type="checkbox"/> | 6 枚 | 右 箱 | 左 箱 |

| メーカー | 商品名 | カラー | | 枚数 | 箱数 | 箱数 |
|-------|-------|--------------|--------------------------|-----|-----|-----|
| ボシュロム | スターリー | ヴィーナス (ブラウン) | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | アース (オリーブ) | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | ジュピター (グレー) | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前 9:00~12:00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 4:30~ 7:30 | ○ | ○ | 休 | ○ | ○ | 休 |

休 診 日
第4水曜日・日曜日・祝日

南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。

ご注文日： 年 月 日

| | |
|---|-------|
| お名前 | 診察券番号 |
| ご住所 | |
| ----- | |
| ※ お電話番号 () - | |

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに を入れ 右() 左() に必要個数をご記入下さい。

【 カラー コンタクト 】

| メーカー | 商品名 | カラー | | 枚数 | 箱数 | 箱数 |
|------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|-----|
| シード | ジルスチュアート 1day UV | フローラルピンク | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | オートクチュール オリーブ | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | ブリリアントブルー | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | アイコフレ 1day UV | ナチュラルメイク | <input type="checkbox"/> | 10枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | リッチメイク | <input type="checkbox"/> | 10枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | ベースメイク | <input type="checkbox"/> | 10枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | グレイスメイク | <input type="checkbox"/> | 10枚 | 右 箱 | 左 箱 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 | 左 箱 | |
| | ジョンソン & ジョンソン | 1day アクビュー ディファインモイスト | ※ご希望のカラーに ○をして下さい | <input type="checkbox"/> | 30枚 | 右 箱 |



| | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|
| ※ | ・ アクセントスタイル | ・ ヴィヴィッドスタイル | ・ ナチュラルシャイン |
| | ・ ラディアントチャーム | ・ ラディアントスイート | ・ ラディアントブライト |
| | ・ ラディアントシック | | |

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前 9:00~12:00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 4:30~ 7:30 | ○ | ○ | 休 | ○ | ○ | 休 |

休 診 日
第4水曜日・日曜日・祝日

南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。

ご注文日： 年 月 日

| | |
|-------------------------------------|-------|
| お名前 | 診察券番号 |
| ご住所 | |
| ----- | |
| ※ お電話番号 () - | |

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに を入れ 右() 左() に必要個数をご記入下さい。

【 カラー コンタクト 】

| メーカー | 商品名 | カラー | | 枚数 | 箱数 | 箱数 |
|----------------------------|-----------------------|----------------|--------------------------|----|-----|-----|
| ジョンソン & ジョンソン | 2weekアキュビュー ディファイン | ヴィヴィッド スタイル | <input type="checkbox"/> | 6枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| シンシア ※2箱以上で 送料無料 | アルティメット 2weekパール | マロン | <input type="checkbox"/> | 6枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | セピア | <input type="checkbox"/> | 6枚 | 右 箱 | 左 箱 |
| | | シェリーブラン | <input type="checkbox"/> | 6枚 | 右 箱 | 左 箱 |

南水苑コンタクトレンズセンター **FAX番号 072-811-3175【24時間受付中】**

| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前 9:00~12:00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 4:30~ 7:30 | ○ | ○ | 休 | ○ | ○ | 休 |

休 診 日
第4水曜日・日曜日・祝日