コンタクトレンズFAX / メール　ご注文用紙

Fax / Email Order Form for Contact Lenses

As of 2025.09.01

会員様　御名前 Member's Name		会員番号 Membership #	
装用者様　御名前 CL User's Name	※会員様ご本人分の場合は不要になります	会員様との続柄 Relationship	
お受取倉庫店 Pick up Warehouse	倉庫店	TEL FAX	

ご購入希望商品 Order Item(s)	商品名 Item	BC ベースカー	Sph 球面度数	Cyl 乱視度数	Axis 乱視軸度	Add 加入度	DIA サイズ	Units 購入箱数
	R)							
	L)							

★コンタクトレンズ処方箋（指示書）が必要な商品の御購入の際は、お受取時に原本の確認をさせて頂きます。

コンタクトレンズ処方箋（指示書）は全ての使い捨てコンタクトレンズ以外、及び下記の使い捨てコンタクトレンズが対象です。

ボシュロム社製　：バイオトゥルー　トーリック・マルチフォーカル、アクアロックス
J&J社製　：ワンデーアキュビューオアシスMaxシリーズ
Coopervision社製　：全てのCoopervision社製品
ALCON社製　：プレシジョン 1シリーズ、トータル 14シリーズ、トータル1 シリーズ

★使い捨てコンタクトレンズを処方箋（指示書）無しで購入される場合、下記、同意書のご確認をお願い致します。

※処方指示書無しでご購入の方には以下の項目すべてに該当、又はご同意して頂いた上でコンタクトレンズを販売させて頂いております。また、1度に最大6ヶ月分までご購入頂けます。

使い捨てコンタクトレンズ購入同意書

● **装用者様のご使用状況**
✔ 過去に眼科の診察を受け、その処方・指示のもとコンタクトレンズを使用している。
✔ コンタクトレンズを使用するにあたって異常を感じていない。

● **ご使用に当たってのご注意事項**
✔ 眼科での定期検査を受診し、その指示を必ずお守りください。
✔ コンタクトレンズは高度管理医療機器です。眼科医の指導に従い装用期間を守り、正しくお使いください。
✔ ご使用前に必ず添付文書をよく読み、取り扱い方法を守り、正しくお使いください。
✔ 装用方法、時間、期間、またレンズ及びケア用品の取り扱い方法を守り、使用してください。
✔ コンタクトレンズ使用中に眼に何らかの異常を感じた場合は、直ちに使用を中止し眼科医の診察を受けてください。

住所：　〒　　**※会員証の登録住所と同じ場合は住所の記入は不要です。**

ご署名：　　**日付：**

受診医療機関名：

※商品名や度数詳細の記入に不明な箇所がある場合は処方箋や、パッケージ等のデータが判る物の写真等を別紙にて添付頂けますようお願い致します。

＊本注文用紙上の個人情報は、当社がメンバー様のサービス向上に使用する目的以外には使用せず、また細心の注意を持って管理いたします。

コストコ記入欄／Costco Internal Use Only		Control#	
受付日：	ご連絡日：	担当者：	お渡し完了日：

このファクスの内容には、指定された受信者による利用のみを目的とした機密情報が含まれています。指定された受信者以外による配布および利用は法律に抵触する可能性があり、これを禁じます。
もしあなたが間違ってこのファクスを受け取ったと思われる場合は、このファクスの内容を読まないで下さい。それらの写しを含めて、ファクスを消去し、その旨を送信者にお知らせください。宜しくお願い申し上げます。
This communication contains confidential material for the sole use of the intended recipient. Use or distribution by an unintended recipient is prohibited, and may be a violation of law. If you believe that you received this facsimille in error, please do not read this facsimille. Please delete the facsimille and all attachments, including any copies thereof, and inform the sender that you have deleted the facsimille, all attachments and any copies thereof. Thank you.