

オルソケラトロジー同意書

処方費用

両眼＝140,000円（税抜） 片眼＝85,000円（税抜）
（乱視用プレミアムレンズは、片眼＝10,000円プラス）

保証

1年以内のレンズの破損は左右1回ずつ保証がございます。（紛失は対象外）
別途6か月以内に左右1回ずつレンズの規格変更の保証もございます。

レンズの交換

破損 片眼：25,000円（税抜） 乱視用プレミアム：30,000円（税抜）
（破損レンズと交換）
紛失 片眼＝40,000円（税抜）

定期検査

初回使用翌日、1週間後、1ヶ月後、以後3ヶ月毎の診察、検査が必要です。

レンズを安全に使用するため、レンズに破損や汚れがある時にはレンズ交換が必要になります。

費用は 片眼：25,000円（税抜） 両眼：50,000円（税抜）
プレミアム 片眼：30,000円（税抜） 両眼：60,000円（税抜）

使用済レンズは回収します。

オルソケラトロジーレンズを安全にお使いいただく為に、トライアルレンズ承諾書1～5についても必ずお守りください。

以上のことを承諾しました。

年 月 日

装用者氏名 _____

保護者氏名 _____