

注文書

(キーラー サージカルルーペ '26年3月版対応)

日付： 年 月 日

ルーペ (カタログ P2)				
ルーペ種類	(G) ガリレアン 	(GM) ガリレアンミニ 	(SPG) スーパーガリレアン 	(PXL) パノラミックXL 
倍率	<input type="checkbox"/> 2.0X <input type="checkbox"/> 2.5X <input type="checkbox"/> 3.0X	<input type="checkbox"/> 2.4X <input type="checkbox"/> 2.5X	<input type="checkbox"/> 3.0X	<input type="checkbox"/> 3.5X <input type="checkbox"/> 4.5X <input type="checkbox"/> 5.5X
作業距離 (mm)	<input type="checkbox"/> 340	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 460	<input type="checkbox"/> 500

フレーム (カタログ P4~8, 11)				
システム	<input type="checkbox"/> はね上げ式	<input type="checkbox"/> TTL (埋め込み) (PD 右: mm 左: mm)	<input type="checkbox"/> ワイナビュー® ヘッドバンド	<input type="checkbox"/> プレートルーペ
フレーム	<input type="checkbox"/> ワイナビュー®エアフレーム <input type="checkbox"/> メディビューフレーム <input type="checkbox"/> ワイナビュー®PMフレーム (PMフレームはメガネ併用不可)	<input type="checkbox"/> ワイナビュー®エアフレーム TTL <input type="checkbox"/> ワイナビュー®PMフレーム TTL		
ヒンジ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> マルチ	—	フック受 マグネット マルチヒンジ 	メディビュー用 L型バックブロック受 本体 
ノーズパッド	<input type="checkbox"/> スタンダード  <input type="checkbox"/> ソフト スタンダード  <input type="checkbox"/> メガネ併用型  (メディビューフレーム専用)	<input type="checkbox"/> ソフト スタンダード型  <input type="checkbox"/> メガネ併用型 	<input type="checkbox"/> ハーフムーン メガネ併用型 	<input type="checkbox"/> ソフト スタンダード型 

フレームカラーの選択： ()

LEDライト (カタログ P12~14)				
アダプターの選択	カタログ P16参照	<input type="checkbox"/> フックアダプター 	<input type="checkbox"/> スライドアダプター 	 上 (フレーム受部)
<input type="checkbox"/> ワイナー ファイブ (YNA-V-100)	ワイナー ツー <input type="checkbox"/> 絞り付き (YNA-II S-4.5) <input type="checkbox"/> 絞り無し (YNA-II -4.5)		<input type="checkbox"/> ワイナー ミニツー (YNA-MINI II)	<input type="checkbox"/> マエストロ (KM-I)

ディオプターレンズ (オプション) (カタログ P3)	
ルーペのモデル	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> SPG <input type="checkbox"/> PXL
ディオプター値	<input type="checkbox"/> P1.00 <input type="checkbox"/> P0.50 <input type="checkbox"/> P0.25 <input type="checkbox"/> M0.25 <input type="checkbox"/> M0.50

(オプション)

矯正レンズは処方箋が必要です。

MODEL	商品名

弊社 担当 :

備考 :

代理店様使用	代理店様/営業所	/	納入先	施設名	
	御担当者/携帯	/		科/Dr.名	科/
	TEL/FAX	/		TEL	

