

物販用

Menicon Ortho-K

メニコンオルソK

発注マニュアル



2023年5月 第7版

目 次

PART 1 : ご注文に際して	1. ご注文の受付	P1
	2. ご注文の方法	P1
	3. 納期	P1
	4. レンズのお受け取り	P1
	【レンズのチェック方法】	P2
	5. 治療用レンズの保証サービス	P4
	6. 返品レンズの返送	P5
	7. 返送先一覧	P7
PART 2 : FAX/メールでのご注文	1. 注文書の種類	P9
	1. 共通記入事項	P10
	2. 注文書の送付先	P10
	3. 注文書の記入例	P11
	(1) 治療用レンズ	P11
	(2) トライアルレンズ【補充用】注文書	P14
	(3) 販促ツール注文書	P16

PART 3 : アルファネットからのご注文 【WEB注文】	1. アルファネットへのログインと事前準備	P17
	2. 注文入力	P20
	3. 注文履歴を確認する	P26
	4. アルファネット不具合時の注文	P27

【別添資料】 : 28ページ以降に添付

資料1	国内出荷予定表	メニコンオルソK出荷予定一覧表（納期のご案内）
資料2	レンズ返送用記入書	レンズを返送する際にご記入いただく書類
資料3	トライアルセット明細 【標準パターン】	トライアルレンズセット（40枚）に入っているレンズの明細
資料4	メニコンオルソK販促ツール一覧	弊社より提供している患者様向け販売促進用資料などの一覧

1. ご注文の受付

ご注文は、アルファコーポレーション営業日にのみ受付処理されます。
(受付時間：月～金 9時～17時30分)

アルファコーポレーション営業日： 土・日・祝日以外

(ゴールデンウィーク、お盆、年末年始は別途ご案内いたします。)

※FAX/メールでご注文の場合

アルファコーポレーションにて受注後、FAXまたはメールにて出荷予定日を返信いたします。
翌営業日までにアルファコーポレーションからの返信がない場合は、注文書が届いていない可能性がございますので、下記までお問い合わせください。

2. ご注文の方法

メニコンオルソKはメニコン受注センターではなくアルファコーポレーションでの受注となります。

(1)FAXでのご注文

専用の注文書にご記入の上、**0120-915-519** へ送信してください。

(2)メールでのご注文

専用の注文書にご記入の上、注文書を添付して、**order-ok@alphacl.co.jp**へ送信してください。

(3)アルファネット(オンラインシステム) からのご注文

アルファネットはアルファコーポレーションのオンラインシステムですが、メニコンHP
www.menicon.co.jp/companyの「オルソケラトロジー」リンクボタンよりアクセスします。

※アルファネットを利用するには、事前登録が必要です。

※アルファコーポレーションHP：www.alphacl.co.jp のトップページ上段にある「アルファネット」へのリンクボタンからもアクセスできます。

※トライアルセットは、営業担当者を通じてご注文ください。

3. 納期

『資料1：国内出荷予定表』をご確認ください。

4. レンズのお受け取り

レンズが納品されたら、必ずレンズ検査を行ってください。

万が一、不具合があった場合には速やかにメニコン営業担当者までご連絡いただきますようお願いいたします。アルファコーポレーション出荷後1週間以上経過した製品の返品・交換は、原則としてお受けできかねますのでご了承ください。

【レンズのチェック方法】

<p>1</p>	<p>トライアルレンズ、治療用レンズともに、黄色のケースに1枚ずつ収納され、ドライの状態での納品されます。</p>	
<p>2</p>	<p>まず、ラベルに記載されている製品名/パラメーター/レンズの左右が、注文したものに間違いがないかを確認してください。</p> <p><製品名></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ トライアルレンズ スタンダードデザイン：メニコンオルソK TRIAL CAデザイン：メニコンオルソK TRIAL (CA) ※トライアルレンズのラベルの色は、ブルーです。 ■ 治療用レンズ スタンダードデザイン：メニコンオルソK CAデザイン：メニコンオルソK CA ※治療用レンズのラベルの色は、 右：バイオレット / 左：ブルーです。 <p><パラメーター></p> <ol style="list-style-type: none"> ① F.K. (フラットK値) ② S.K. (スティープK値) ……CAのみ表記 ③ T.P. (ターゲットパワー) ⑤ Dia (直径) 	<p><ラベルのイメージ> 【トライアルレンズ】</p> <p>【治療用:スタンダード 右】</p> <p>【治療用：CA 左】</p>



3	<p>ケースの中にレンズが入っていることを確認します。白い中栓を開ける前に、透明フィルムを通してレンズに破損がないか確認してください。</p> <p>白い中栓をはがして、中のレンズを取り出してください。中栓をはがす際は、中のレンズが飛び出さないように注意してください。</p> <p>念のため、エッジが欠けていないか、傷がないかを確認してください。</p> <p>※ピンセットを使用すると、レンズを傷つける恐れがありますので使用しないでください。</p>	<p><レンズが入っていること、破損がないかを確認></p> 
4	<p>レンズのカラーとマーキングを確認します。</p> <p><トライアルレンズ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ カラー：ブルー ■ マーキング 5桁：最初の3桁＝セット番号 後から2桁：フラットK番号 <p><治療用レンズ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ カラー：右 バイオレット 左 ブルー ■ マーキング bから始まる5桁の製造記号 <p>※レンズカラーは、ケースに貼付されているラベルの色と同一です。</p>	<p><トライアルレンズ></p>  <p><治療用レンズ></p> 
5	<p><トライアルレンズ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・レンズ保管用ケースに入れ替えて保管してください。 ・保管用ケースには、フラットK番号、F K値、T P、サイズが表示されたシールが貼られています。 ・トライアルレンズセット番号は、トライアルセットケースの内蓋に表示されています。 <p><治療用レンズ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ラベルに記載されている「Lot No.」を診療記録などに控えておくようにしてください。 	<p><トライアル保管用ケース></p> 

5. 治療用レンズの保証サービス

治療用レンズには、以下の保証がついています。

■ キャンセル保証

- ・新規レンズ出荷後、1か月以内に患者様が治療を中止した場合、新規レンズを返送いただければ返品処理いたします。（1患者様につき1回限り）

■ 処方レンズの交換保証

- ・新規/再作レンズ出荷後、3か月以内に処方交換用レンズをご注文いただいた場合、新規レンズを返送いただければ返品処理いたします。
(片眼につき1回限り)

■ レンズの破損保証

- ・新規/再作レンズ出荷後、1年以内に交換用のレンズをご注文いただいた場合、破損レンズを返送いただければ、返品処理いたします。（片眼につき1枚限り）
※現物が1/2以上提示されない場合は保証されません。

レンズの処方タイプについて

新規 … 患者様へ処方する初回処方レンズ

再作 … ①紛失、定期交換、処方後のレンズの不具合(傷や汚れなど)
②処方交換(2回目以降/保証外) 破損(2回目以降/保証外)
により再度注文するレンズ。再作時に規格の変更は可能です。

交換 … 処方交換(初回/3か月以内/保証あり)、破損(1回目)により
注文するレンズ。交換レンズの返品が必要。

6. 返品レンズの返送

各種保証サービスなどにより弊社にレンズを返送いただく際には『別添2：レンズ返品用記入書』をご記入の上、レンズに同封してください。

※レンズの返送先：各事業所「返送先一覧」にてご確認ください

メニコンオルソK レンズ返品用記入書

太線枠の中は、必ずご記入ください。必ず名前・患者コード欄をご記入ください。←
 複数の患者様のレンズを返送する場合は、お手数ですが本記入書患者様ごとにご記入ください。←

1. ご施設情報←

(1)	ご施設名←	←		
	得意先コード←	←	TEL :	←
	ご担当者名←	←	ご記入日←	年 月 日←

2. 返送レンズ情報 ←

(2)	患者名 (かか)←	←		
	患者コード←	←		
		右レンズ←	左レンズ←	
	ご注文日←	←	←	
	レンズのタイプ←	() 治療用：右 (クリア・バリエット)← () CA : 右 (クリア・バリエット)← () 治療用：ブルー ← () CA : ブルー ←	() 治療用：左 (ブルー) ← () CA : 左 (ブルー) ←	
	レンズ情報←	FK: _____ TP: _____ SK: _____ ←	FK: _____ TP: _____ SK: _____ ←	
	ロット番号←	←	←	
(3)	返品理由←	() キャンセル保証【1か月】← () 初回処方交換保証【3か月】← () 破損保証【1年】←	() キャンセル保証【1か月】← () 初回処方交換保証【3か月】← () 破損保証【1年】←	
	検査依頼←	() レンズの検査依頼←	() レンズの検査依頼←	

レンズ返送先：別紙の返送先一覧にてご確認ください。←

※返送時「返品レンズ在中」と明記してください。←

6. 返品レンズの返送

- (1) ～ (3) の太線枠内は必ずご記入ください。
- (2) の患者コードが分からない場合は、ロット番号を必ずご記入ください。
- (3) 保証サービスによる返品の場合は、必ず初回処方交換保証/破損保証/お試し保証のいずれかからお選びください。
返送理由が記入されていない場合は、正しく返品処理が出来かねますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。



7. レンズの返送先一覧

メニコンオルソK レンズ返品送付先

治療用レンズ

返送先 : 株式会社メニコン

※返送先部署につきましては営業担当者にご確認ください。

返送先部署	〒	住所	TEL
札幌オフィス	060-0061	札幌市中央区南1条西6丁目 札幌北辰ビル5階	011-281-2727
盛岡オフィス	020-0034	盛岡市盛岡駅前通8-17 明治安田生命盛岡駅前ビル4階	019-623-1174
仙台オフィス	980-0013	仙台市青葉区花京院一丁目1-10 あいおいニッセイ同和損保仙台ビル11階	022-797-4020
宇都宮オフィス	320-0811	宇都宮市大通り2-3-1 井門宇都宮ビル5階	028-635-9655
水戸オフィス	310-0011	水戸市三の丸1丁目4-73 水戸三井ビルディング12階	029-226-4541
新潟オフィス	951-8068	新潟市中央区上大川前通6番町1178-1 ストークビル榎谷小路4F	025-228-3522
関東オフィス	101-0061	東京都千代田区神田三崎町2-15-6 K-STAGE 3階	03-3230-6700
北陸オフィス	920-0853	金沢市本町2丁目11番7号 金沢フコク生命駅前ビル2階	076-263-8501
松本オフィス	390-0811	松本市中央1丁目4-20 日本生命松本駅前ビル4階	0263-33-7660
名古屋営業オフィス	461-0004	名古屋市東区葵3丁目22番8号 ニューザックビル3階	052-935-1525
関西オフィス	530-0001	大阪市北区梅田三丁目4番5号 毎日インテシオ3階	06-6455-0091
岡山オフィス	700-0907	岡山市北区下石井1丁目1-1 アーバンオフィスビル5階	086-224-9511
松山オフィス	790-0003	松山市三番町7丁目1-21 ジブラルタ生命松山ビル5階	089-921-2030
広島オフィス	732-0828	広島市南区京橋町1番23号 大樹生命広島駅前ビル5階	082-262-8101
福岡オフィス	810-0802	福岡市博多区中洲中島町2-3 福岡フジランドビル11階	092-272-0211

※返送時「返品レンズ在中」と明記してください。

8. レンズの検査

「レンズの検査」を依頼する場合は、メニコン「苦情処理手順書」に基づき検査を実施いたします。

メニコン営業担当者より「苦情処理票」への記載をお願いいたしますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。



1. 注文書の種類と共通事項

レンズや販促ツールをご注文いただく際には、所定の注文書をご使用ください。
レンズの種類やご注文いただく品目により、お使いいただく注文書が異なります。

【注文書の種類】

1	治療用レンズ注文書	スタンダード・C A デザイン共通
2	トライアルレンズ【補充用】注文書	トライアルセットご注文は、営業担当者へ ご相談ください。
3	販促ツール注文書	ポスター、パンフレットなどの各種販促ツ ール

【基本記入事項】

以下の情報は、全て（または一部）の注文書に共通して記入していただく基本事項となっております。

得意先コード	全てに共通	取扱施設登録完了時に、ご案内した6桁（全て数字）のコード。 ご不明な場合は、お問い合わせください。
ご施設名	全てに共通	取扱施設ご登録時に記入した「ご施設名」をご記入ください。
ご担当者	全てに共通	注文書を記入される方のお名前をご記入ください。 注文書に不備がある場合など、ご担当者にご連絡いたします。
発注日	全てに共通	アルファコーポレーションに注文書を送付する日付をご記入ください。
製品のお届け先	治療用レンズ	ご注文のレンズは処方施設様へ送付となります。 患者様直送は出来かねます。 お届け先に関してご要望がありましたら、弊社営業担当者にお問い合わせください。

2. 注文書の送付先

注文書の送付は、下記までお願いいたします。

Eメール : order-ok@alphacl.co.jp

FAX : 0120-915-519

※注文に関するお問合せ受付時間：月～金 9：00～17：30（祝日除く）
電話番号：052-971-6008



3. 注文書の記入例

(1) 治療用レンズ

メニコンオルソK 治療用レンズ 注文書				FAX: 0120-915-519 e-mail: order-ok@alphacl.co.jp
1. ご注文者様情報				
得意先コード	ご施設名	ご担当者名	発注日	
2. 製品のお届け先に関するご要望 **ご要望がある場合はお届け先の事前登録が必要です。またご要望がある場合のみご記入ください。				
お届け先コード	お届け先ご施設名	その他のご要望		

4. 患者様情報&処方データ			
1	患者名 (かかけ)【必須】	患者コード【必須】	
2	処方タイプ	<input type="checkbox"/> 新規 (初回) <input type="checkbox"/> 再作 <input type="checkbox"/> 交換 (保証あり)	
<small>※再作/交換の場合は、理由を下記から選んで該当する番号に「丸」を付けてください。交換の場合は、①処方交換 ②破損から選んでください。</small>			
右 (R)		左 (L)	
3	① 処方交換 ※さらに理由を選んでください。 A: 視力が出ない B: レンズの偏位 C: セントラルアイランド D: ボルト E: 中央部ステイニング F: その他 ② 破損 ③ 紛失 ④ 定期交換 ⑤ 処方後のレンズの不具合 ⑥ その他 ()	① 処方交換 さらに理由を選んでください。 A: 視力が出ない B: レンズの偏位 C: セントラルアイランド D: ボルト E: 中央部ステイニング F: その他 ② 破損 ③ 紛失 ④ 定期交換 ⑤ 処方後のレンズの不具合 ⑥ その他 ()	
営業摘要/特記事項など			

	右 (R)		左 (L)	
レンズデザイン	<input type="checkbox"/> スタンダード	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> スタンダード	<input type="checkbox"/> CA
ターゲットパワー / T.P. (D)				
フラットK / F.K. (D)				
スティーブK / S.K. (D) <small>※CAのみ記入</small>				
<small>【※以下は、標準から変更する場合にのみご記入ください。】</small>				
直径 / DIA (mm) <small>【標準：10.5mm】</small>				
ACタイプ				

※ 新規/再作レンズの注文時：メニコンオルソKキットが同送されます。

■■ 出荷予定のご案内 ■■ ご注文いただきありがとうございます。下記の日程で出荷いたします。

出荷予定日	月 日 ()	受領印	担当者	受注管理No.

■ ご注文に関するお問い合わせ

株式会社アルファコーポレーション

オルソケラトロジーライン：052-971-6008

受付時間：9：00～17：30 土日祝除く

3. 注文書の記入例

(1) 治療用レンズ

赤線枠内の記入方法については、【基本記入事項】をご参照ください

■ 患者様情報 & 処方データ

- ①患者様名（カタカナ）と患者コード（患者様を識別するためのコード：アルファベット・数字のみで10桁まで）を必ずご記入ください。

<注意事項>

ご注文の際には、一人の患者様に対し、必ず同じコードを使用してください。

別の患者コードを使用されると、交換保証の対応が出来かねますのでご注意ください。

- ②処方タイプを選んでください。

新規 …… 患者様へ処方する初回処方レンズ

再作 …… 紛失、定期交換、処方後のレンズの不具合（傷や汚れなど）
処方交換（2回目以降/保証外）破損（2回目以降/保証外）
により再度注文するレンズ。再作時に規格の変更は可能です。

交換 …… 処方交換（初回/3か月以内/保証あり）、
破損（1回目）により保証あり
注文するレンズ。交換レンズの返品が必要。

- ③再作/交換の場合、理由を選んで該当する番号に「○」をつけてください。
処方交換の場合は、さらに該当する理由を選んで「○」をつけてください。

<注意事項>

交換は保証対象となる場合のみお選びいただけます。交換理由は、

①処方交換 ②破損から必ず選んでください。

- ④レンズデザインを『スタンダード』『C A』から選び、チェック（✓）をつけてください。

- ⑤ターゲットパワー（T.P.）を0.25Dステップで記入します。（ターゲットパワーの求め方は、フィッティングマニュアルを参照してください）

- ⑥フラットK値（F.K.）を0.25Dステップで記入します。

- ⑦C Aデザインをご注文の場合は、スティープK値（S.K.）を0.25Dステップで記入します。

フラットK値とターゲットパワーの組み合わせでレンズのベースカーブが決まります。
また、C Aデザインでは、フラットK値とスティープK値の差によっては製造可能範囲を超える場合があります。いずれも製造不可の場合はご連絡させていただきます。
「メニコンオルソK C AデザインBC一覧表」で製作可能かどうかを必ずご確認ください。

以下は、標準から変更する場合にのみご記入ください。

- ⑧レンズ直径を標準から変更する場合、0.1mmステップで記入します。【標準値：10.5mm】
- ⑨アライメントカーブ（A.C.）のタイプを変更する場合に記入します。アライメントカーブをどのように変更したいか、以下を参考にしてください。

フラットにしたい場合	スティープにしたい場合
フラット10	スティープ10
フラット20	スティープ20

※詳しくは、フィッティングマニュアルをご参照ください。

3. 注文書の記入例

(2) トライアルレンズ：【補充用】 注文書

メニコンオルソK トライアルレンズ
【補充用】 注文書

FAX: 0120-915-519
e-mail: order-ok@alphacl.co.jp

1. ご注文者様情報

得意先コード	ご施設名	ご担当者名	発注日

2. 製品のお届け先に関するご要望 **ご要望がある場合はお届け先の事前登録が必要です。またご要望がある場合にのみご記入ください。

お届け先コード	お届け先ご施設名	その他のご要望

■ メニコンオルソK トライアルレンズ

	レンズ①	レンズ②	レンズ③	レンズ④
レンズデザイン	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> CA
レンズマーキング	※初回トライアルレンズに刻印されていたマークをご記入ください。 不明な場合は空欄にしてください。			
ターゲットパワー / T.P. (D)				
フラットK / F.K. (D)				
【※以下は、標準価と異なる場合にのみご記入ください。】				
直径 / DIA (mm) 【標準：10.5mm】				
A.C.タイプ				
再作理由				
<再作理由>	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 定期交換 <input type="checkbox"/> その他：()			
TR保存用ケース	<input type="checkbox"/> ①丸型ケース <input type="checkbox"/> ②角型ケース	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要

※トライアルレンズの保存ケース選択の上、レンズごとに要・不要の記入をお願いします。

■■ 出荷予定のご案内 ■■ ご注文いただきありがとうございます。下記の日程で出荷いたします。

出荷予定日	月 日 ()	受領印	担当者	受注管理No.

■ ご注文に関するお問い合わせ

株式会社アルファコーポレーション

オルソケラトロジーライン：052-971-6008

受付時間：9：00～17：30 土日祝除く



(2) トライアルレンズ：【補充用】注文書

トライアルセットで購入したレンズの破損、紛失、定期的な交換により注文が必要となった場合に本注文書をご使用ください。注文書 1 枚につき、トライアルレンズ 4 枚までご注文いただけます。

赤線枠内の記入方法については、【基本記入事項】をご参照ください。

注文するトライアルレンズのデザイン・パラメーターを記入します。

- ① レンズデザインを「スタンダード」「C A」から選び、チェック（✓）をつけてください。
- ② 初回トライアルレンズに刻印されていたマークをご記入ください。不明な場合は空欄にしておいてください。
- ③ ターゲットパワーを0.25 Dステップで記入します。
- ④ フラットK 値を0.25 Dステップで記入します。

以下の⑤、⑥は、標準から変更する場合にのみご記入ください。

- ⑤ 標準（10.5mm）以外のトライアルレンズの場合は、直径を0.1mmステップで記入します。
- ⑥ アライメントカーブ（A.C.）のタイプを記入します。標準の場合は、記入しないでください。
- ⑦ <再作理由>から該当するものを選び、番号を記入してください。
- ⑧ トライアルレンズの保存用ケースも必要な場合は、丸型ケース、角型ケースを選択チェック（✓）して、レンズごとに必要・不要にチェック（✓）をつけてください。
トライアルセットケースごとの交換を希望される場合は、担当営業マンにご相談をお願いします。

3. 注文書の記入例

(4) 販促ツール注文書

メニコンオルソKの治療に興味のある患者様、治療を受けている患者様向けに各種販促ツールを提供しております。販促ツールの追加ご注文は、本注文書をご使用ください。販促ツールの詳細については、「メニコンオルソK 販促ツール一覧」をご参照ください。

◆ 注文書の送付先 (FAXのみ受付)

注文書の送付は、下記までお願いいたします。

株式会社メニコン 受注センター

FAX : 0120-719-103



送信方向
FAX:0120-719103



受注センターTEL:0120-279103

メニコンオルソK 販促ツール 注文書

1. お得意先情報

得意先コード	ご施設名	発注日	ご担当名

2. ご注文内容

販促ツール ※無償提供	CODE	数量
取扱説明書 メニコンオルソK	211700	部
PRパンフレット オルソケラロジー	212542	部
パンフレットスタンド オルソケラロジー	212543	台
B 2ポスター オルソケラロジー	212544	部
B 3ポスター オルソケラロジー	212545	部

3. 備考

■ ご注文に関するお問い合わせ

株式会社 メニコン
受注センターTEL/0120-279103
(9:30~17:30 土日祝除く)

1. 赤線枠内の記入方法については、【基本記入事項】をご参照ください。

WEB注文をご利用いただくには、**事前登録**が必要です。ご希望の場合は、メニコン営業担当者、または下記までお問い合わせください。

1. アルファネットへのログインと事前準備

(1) ログイン方法

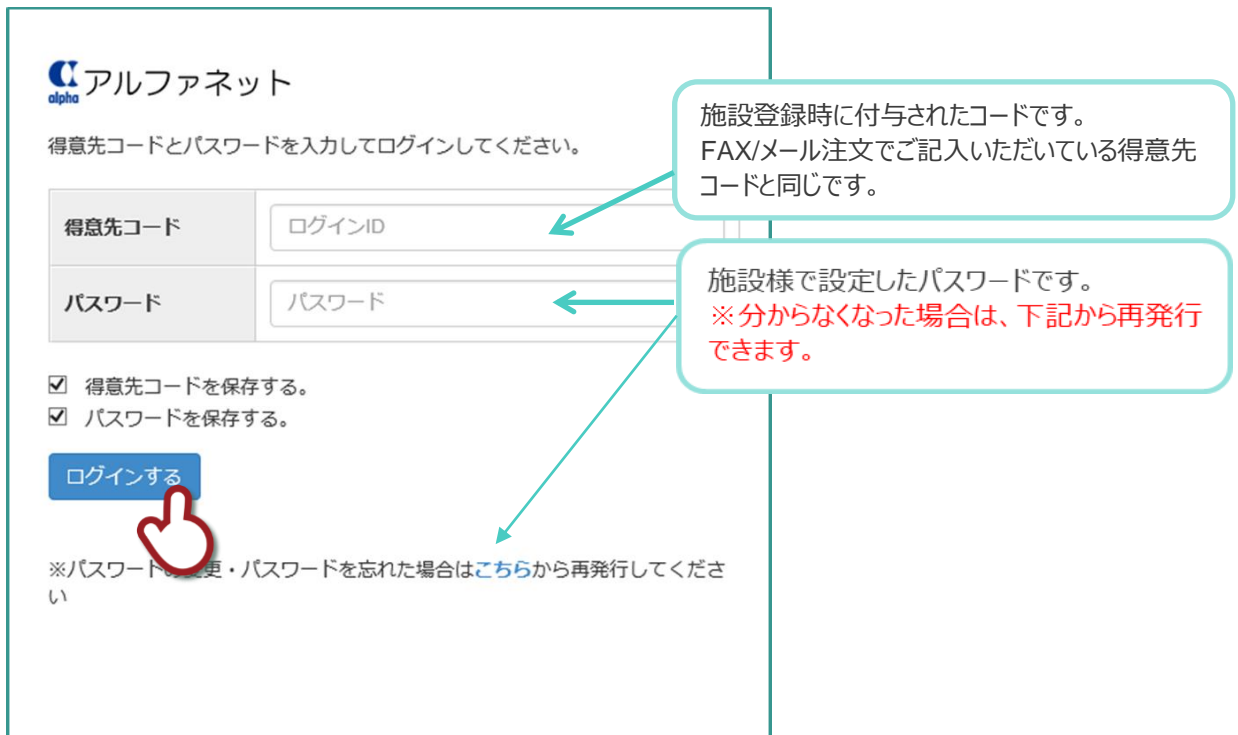
アルファネットはアルファコーポレーションのオンラインシステムですが、メニコンHP www.menicon.co.jp/companyのリンクボタンよりアクセスします。

※アルファネットを利用するには、**事前登録**が必要です。

※アルファコーポレーションHP：www.alphacl.co.jpのトップページ上段にある「アルファネット」へのリンクボタンからもアクセスできます。



ログイン画面が表示されますので、得意先コードとパスワードを入力して、「ログインする」のボタンを押してください。



アルファネット
alpha

得意先コードとパスワードを入力してログインしてください。

得意先コード	ログインID
パスワード	パスワード

得意先コードを保存する。
 パスワードを保存する。

ログインする

※パスワードの変更・パスワードを忘れた場合は[こちら](#)から再発行してください

施設登録時に付与されたコードです。
FAX/メール注文でご記入いただいている得意先コードと同じです。

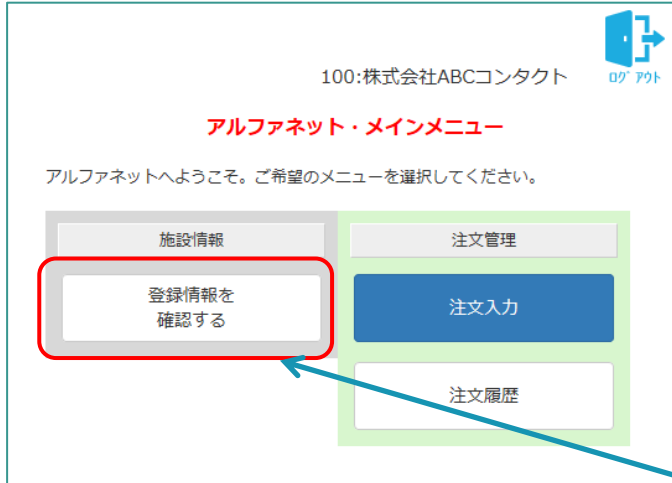
施設様で設定したパスワードです。
※分からなくなった場合は、下記から再発行できます。

1. アルファネットへのログインと事前準備

(2) オルソ担当者の登録

アルファネットからWEB注文する場合、担当者の事前登録が必要です。

メインメニューの「施設情報」>「登録情報を確認する」から担当者を登録してください。



貴施設の登録情報が確認できます。
ここからオルソ担当者を登録してください。



施設登録情報

お得意先CD	100	お得意先名	株式会社ABCコンタクト
取扱い商品種別	物販		

■基本情報

お得意先名	株式会社ABCコンタクト
ヨミガナ	エーピーシーコンタクト
郵便番号	4610004
都道府県	愛知県
市区町村	名古屋市東区
住所	葵3-22-8
電話番号	0529351685
FAX番号	0529351519
メールアドレス	demo@menikon.jp
処方医師（登録日）	
オルソ担当者	登録・変更する

このボタンを押すと、オルソ担当者の登録画面に移ります。

(2) オルソ担当者の登録

① 「新規登録をする」のボタンを押します。



施設登録情報

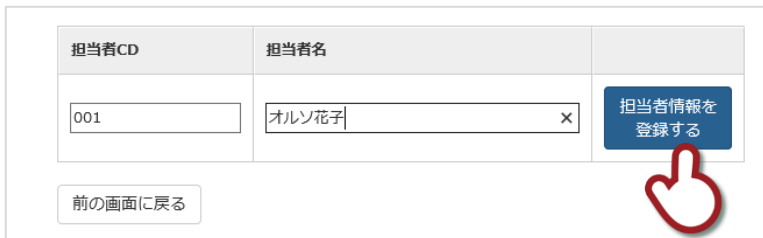
新規登録をする

登録済みの担当者を変更・削除する場合は、担当者氏名の横のボタンを押してください。

担当者コード	担当者名	

前の画面に戻る

② 担当者CDと担当者名を入力してください。
入力し終わったら、「担当者情報を登録する。」



担当者CD	担当者名	
001	オルソ花子	担当者情報を登録する

前の画面に戻る

このボタンを押して登録します。

③ 登録確認の画面へ移ります。変更したい場合は、「選択」ボタンを押してください。
別の担当者を続けて登録する場合は、「新規登録をする」を押して②から繰り返して下さい



新規登録をする

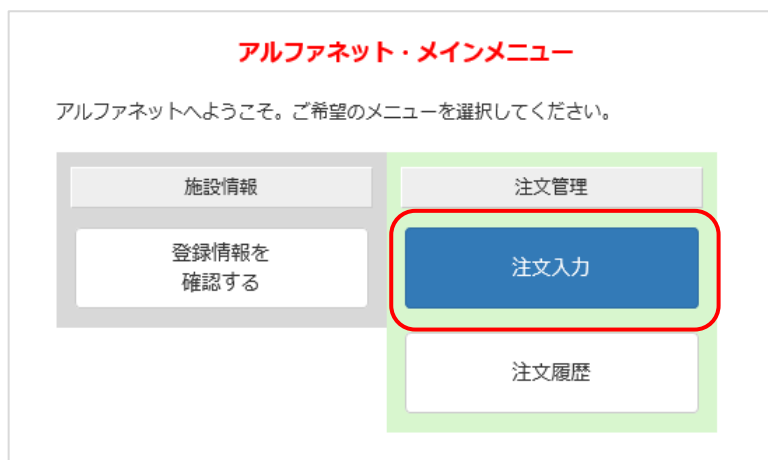
登録済みの担当者を変更・削除する場合は、担当者氏名の横のボタンを押してください。

オルソ花子 を登録しました

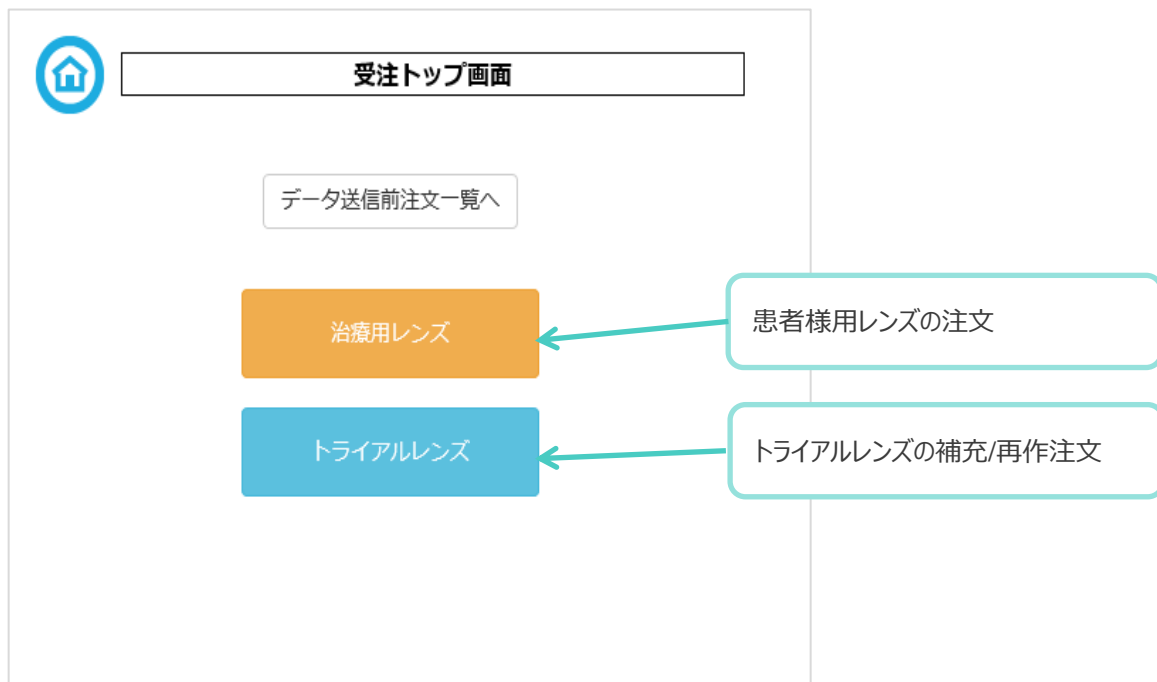
担当者コード	担当者名	
001	オルソ花子	選択

2. 注文入力

(1) メインメニューの「注文入力」ボタンを押してください。



(2) 受注トップ画面から注文したいレンズを選択してください。
注文の詳細入力画面へ移ります。



(3) 注文の詳細を入力します。

治療用レンズ

① ご注文者情報

ご注文の担当者を選んでください。
(事前登録が必要です)

太枠内必須項目

発注日	2019-07-11
取引先名	株式会社ABCコンタクト【デモ】
担当者	オルソ一郎
納入先	<input type="text"/> (取引先以外に送る場合は事前登録が必要です)
納期に関するご要望	<p>【任意項目：25文字まで】例：水曜日休診のため、水曜日の出荷予定日は、</p> <p>この欄に入力がある場合、内容確認のため通常より出荷予定日が1日プラスされますのでご了承ください。出荷予定日は、次の「注文データ送信前一覧」の画面にて確認できます。</p>

商品の納入先(届出先)を選んでください。
※ご注文者様自身のご住所のほか、提携眼科様、系列支店様など、事前に登録してある施設が表示されます。

納期に関する要望がある場合にご記入ください。
※記入がある場合、内容確認のため通常より出荷予定日が1日プラスされます。注文データを送信する前に、必ず出荷予定日をご確認ください。お急ぎの場合はお電話にてお問合せください。

② 患者情報

患者コード・患者名を必ず入力してください。全角/カタカナでのみ入力可能です。

患者コード	<input type="text"/>	<p>【必須項目】 アルファベット/数字のいずれかを使用して、10桁まで入力可能です。</p>
名前(カタカナ)	<input type="text"/>	<p>【必須項目】 全角・カナカナのみ使用できます。 (15文字まで)</p>

治療用レンズ

③ レンズ情報 ※片眼の注文の場合は、該当する方のみを入力してください。

	R 【レンズカラー：バイオレット】	L 【レンズカラー：ブルーのみ】
注文区分	新規	新規
交換/再作理由		
商品名	メニコンオルソK治療用(右)	メニコンオルソK治療用(左)
ターゲットパワー (TP) : D	-3.00	-2.75
フラットK(FK) : D	43.00	42.75
ステープK(SK) : D(CAのみ)		
パラメーター 【直接入力】	TP/FK/SKのパラメーター選択肢以外で製造を希望する場合、✓を入れると値が直接入力できます。	TP/FK/SKのパラメーター選択肢以外で製造を希望する場合、✓を入れると値が直接入力できます。
直径(DIA) : mm	10.50	10.50
ACタイプ		
レンズパラメーター に関するその他のご要望		

新規/再作/交換から、該当するものを選んでください。

再作/交換の場合のみ、理由を選んでください。

注文する商品を選んでください。

処方したレンズの規格を選んでください。
※SKは、CAデザインの場合のみを選んでください。(スタンダードの場合は空欄のままにしてください。)

ここにチェックをするとTP/FK/SK/DIAに、選択肢以外の値を直接入力できるようになります。

ACタイプは、Flat/Steepに変更したい場合のみ選択してください。変更しない場合は、空欄のままにしてください。

※ご注文データが製造範囲を超えた場合はご連絡させていただきます。

RレンズのデータをLレンズへコピーする

<便利機能> R側のデータを入力後、このボタンを押すと、レンズの規格がL側にコピーできます。

④ その他

注文に関するご要望があれば「備考欄」に入力してください。

内容確認のため、通常より出荷予定日が1日プラスされます。

備考【20文字まで】

この欄に入力がある場合、内容確認のため通常より出荷予定日が1日プラスされますのでご了承ください。出荷予定日は、次の「注文データ送信前一覧」の画面にて確認できます。

⑤ 本注文の完了

「続けて注文する(水色)」を押すと、最初の「注文トップ画面」に戻ります。続けて別の注文をすることが出来ます。「注文を確認する(緑)」を押すと、注文を送信する前の確認画面へと移ります。


続けて注文する

注文を確認する

◆入力内容に不備があるとエラーメッセージが出て、次の画面には進めません。

治療用レンズ

注文入力内容に不備があると、最上段に赤字でエラーメッセージが出ます。


治療用レンズ

データ送信前注文一覧へ

患者コードを入力してください
患者名を入力してください
Lレンズの商品名を選択してください

入力エラーの内容です。該当箇所を修正してください。

患者コード	<input style="background-color: #f8d7da;" type="text"/>	<input type="text"/>
名前(カタカナ)	<input style="background-color: #f8d7da;" type="text"/>	<input type="text"/>

	R 【レンズカラー：バイオレット】	L 【レンズカラー：ブルーのみ】
注文区分	新規 ▼	新規 ▼
交換/再作理由	<input type="text"/>	<input type="text"/>
商品名	メニコンオルソK治療用(右) ▼	<input style="background-color: #f8d7da;" type="text"/>
ターゲットパワー (TP) : D	-3.00 ▼	-2.75 ▼
フラットK(FK) : D	43.00 ▼	42.75 ▼
ステープK(SK) : D (CAのみ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
パラメーター【直接入力】	<input type="checkbox"/> <small>TP/FK/SKのパラメーターを選択肢以外で製造を希望する場合、✓を入れると値が直接入力できます。</small>	<input type="checkbox"/> <small>TP/FK/SKのパラメーターを選択肢以外で製造を希望する場合、✓を入れると値が直接入力できます。</small>
直径(DIA) : mm	10.50 ▼	<input style="background-color: #f8d7da;" type="text"/>
ACタイプ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
レンズパラメーターに関するその他のご要望	<input type="text"/>	<input type="text"/>

修正が済んだら、再度いずれかのボタンを押して次の画面へ進んでください。

続けて注文する
注文を確認する

トライアルレンズ

トライアルレンズの注文入力は、治療用レンズの入力に準じます。患者情報の入力が不要です。

⑤ 本注文の完了

「続けて注文する(水色)」を押すと、最初の「受注トップ画面」に戻るので、続けて別の注文をすることが出来ます。「注文を確認する(緑)」を押すと、注文を送信する前の確認画面へと移ります。

続けて注文する

注文を確認する

⑥ 注文データを送信する前に確認をします。この時点では、注文の修正/削除が可能です。出荷予定日が表示されますので、ご確認ください。



データ送信前注文一覧

【データ送信前に必ずご確認ください】
 ・ご注文内容（レンズのパラメーター、レンズの左右など）に間違いがないか？
 ・出荷予定日
 **お届け日数を検索したい方は[こちら](#)

ウェブ注文No	商品名	患者コード	名前	R/L	FK	SK	TP	DIA	ACタイプ	数量	出荷予定日	納入先	
2203110003	メニコンオルソK治療用(右)	12345	メニコンタロウ	R	43.00	-3.00	10.50			1	2022-03-14		修正 削除
2203110003	メニコンオルソK治療用(左)	12345	メニコンタロウ	L	42.50	-2.75	10.50			1	2022-03-14		
2203110003	メニコンオルソKケアキット	12345	メニコンタロウ							1	2022-03-14		

該当するレンズの注文に対しては、ケア用品が自動で追加されます。

出荷予定日が表示されますので確認してください。

「修正」を押すと、該当する注文入力画面へと戻ります。修正したい個所を再入力してください。「削除」を押すと、該当する注文のデータをすべて削除できます。

⑦ お届け日数を確認したい場合は、指定配送業者：ヤマト運輸のHPより確認できます。青字の「こちら」をクリックすると、お届け日数検索方法が表示されますので、それに沿ってご確認ください。

【データ送信前に必ずご確認ください】
 ・ご注文内容（レンズのパラメーター、レンズの左右など）に間違いがないか？
 ・出荷予定日
 **お届け日数を検索したい方は[こちら](#)




⑧ 注文データを送信します。

「注文を確定・送信する（赤）」のボタンを押すと、注文データが送信され発注が完了します。 **※送信後は変更・キャンセルが出来ませんので、ご注意ください。**

注文トップ画面に戻る

注文を送信する

送信後のキャンセル・変更はお受けできませんのでご注意ください

さらに注文を追加したい場合は、「注文トップ画面に戻る」を押してください。最初に商品を選択画した面へと戻ります。

ご注文を送信いただいた後でも、レンズ規格が『製造不可』となる場合がございます。『製造不可』の場合は、ご注文担当者様へご連絡させていただきます。

基本的な製造可否範囲については、フィッティングマニュアル内の「レンズBC一覧表」にてご確認ください。一覧表にないものについては、事前にお問い合わせください。

⑨ 注文データが送信されたかを確認します。

注文でデータを送信すると「送信済み注文履歴」の画面に自動で移り、直近1か月の注文履歴が表示されます。入力した注文が表示されていることを確認してください。



送信済み注文履歴

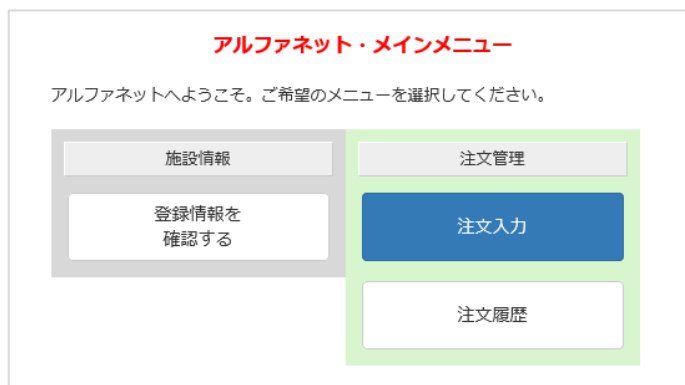
発注日から検索	<input checked="" type="radio"/> 当日 <input type="radio"/> 直近1か月 <input type="radio"/> 直近1年間 <input type="radio"/> 日付指定 <input type="text"/> ~ <input type="text"/>
患者コード	<input type="text"/>
名前(カタカナ入力のみ)	<input type="text"/>
<input type="button" value="検索"/>	

発注日	ウェブ受注番号	出荷予定日	納入先	担当者	行	商品名	患者コード	名前	新規/再作/交換	数量	R/L	FK	SK	TP	DIA	ACタイプ	カスタマイズ	出荷日	製造ロット
2022-03-11	2203110003	2022-03-14	株式会社ABCコンタクト【デモ】	メニコンイチロウ	1	メニコンオルソK治療用(右)	12345	メニコンタロウ	新規	1	R	43.00		-3.00	10.50				
2022-03-11	2203110003	2022-03-14	株式会社ABCコンタクト【デモ】	メニコンイチロウ	2	メニコンオルソK治療用(左)	12345	メニコンタロウ	新規	1	L	42.50		-2.75	10.50				
2022-03-11	2203110003	2022-03-14	株式会社ABCコンタクト【デモ】	メニコンイチロウ	3	メニコンオルソKケアキット	12345	メニコンタロウ		1									



3. 注文履歴を確認する。

(1) メインメニューの「注文履歴」ボタンを押してください。



(2) 各種条件を指定して、送信済みの注文履歴を検索します。



(3) 検索結果が表示されます。検索結果は注文ごとに青線で区切られ、時系列（発注日が近いものから上）に表示されます。

出荷済みの注文はグレーでハイライトされ、出荷日に日付が入ります。レンズには製造ロットも入力されます。

発注日	ウェブ受注番号	出荷予定日	納入先	担当者	行	商品名	患者コード	名前	新規/再作/交換	数量	R/L	FK	SK	TP	DIA	ACタイプ	カスタマイズ	出荷日	製造ロット	
2019-07-22	1907220001	2019-07-23	株式会社ABCコンタクト【デモ】	オルソー部	1	メニコンオルソK治療用(右)	12345	メニコンタロウ	新規	1	R	43.00		-3.00	10.50					
2019-07-22	1907220001	2019-07-23	株式会社ABCコンタクト【デモ】	オルソー部	2	メニコンオルソK治療用(左)	12345	メニコンタロウ	新規	1	L	42.75		-2.75	10.50					
2019-07-22	1907220001	2019-07-23	株式会社ABCコンタクト【デモ】	オルソー部	3	メニコンオルソK ケアキット	12345	メニコンタロウ		1										
2019-06-28	1906280004	2019-07-02	株式会社ABCコンタクト【デモ】	オルソー部	1	メニコンオルソK治療用(右)	555	メニコンテスト	交換	1	R	42.75		-3.00	10.50	Flat5		2019-07-03	AA01	
2019-06-28	1906280004	2019-07-02	株式会社ABCコンタクト【デモ】	オルソー部	2	メニコンオルソK治療用(左)	555	メニコンテスト	交換	1	L	42.75		-3.00	10.50			2019-07-03	AA02	

出荷済み

出荷済みの製品には、出荷日/製造ロット（レンズの場合）が表示されます。

4. アルファネット不具合時

アルファネットの不具合により、**注文入力できない場合は、FAX/メールにてご注文ください。**

◆国内・出荷予定表

2019.03.01

・FAXでご注文の場合、締め切り時間は**16時**となります。

⇒ 16時までのご注文：翌営業日出荷

⇒ 16時以降のご注文：翌々営業日出荷

・WEB注文の場合、締め切り時間は当日中（24時まで）となります。

※但し、以下の場合は出荷が『**プラス1営業日**』となりますのでご了承ください。

（各ご注文の出荷予定日は、アルファコーポレーションより返信するFAX、またはWEB注文の送信前の画面でご確認いただけます。）

①注文内容に確認事項が含まれる場合

- ・注文書の備考欄に記載がある
- ・納期に関する指定がある

②レンズ製造に起因すること

- ・製造データに特別指定がある場合
（例：各カーブの幅（サイズ）や曲率の指定がある場合）

【以下の場合は再注文が必要となります。】

- ・レンズ製造に必要なデータに記入漏れがあったり、不明確な場合
- ・製造不可の場合（CAデザインでFKとSKの差が大きクデザインが成り立たない場合や、承認範囲を超える場合など）

⇒ 再注文の日時に基づいて再度出荷予定が決まります。

■FAX注文

① ～16時までのご注文

受注	月	火	水	木	金	土	日	月	火
出荷	火	水	木	金	月	火	火	火	水

② 16時以降のご注文

受注	月	火	水	木	金	土	日	月	火
出荷	水	木	金	月	火	火	火	水	木

■WEB注文

受注	月	火	水	木	金	土	日	月	火
出荷	火	水	木	金	月	月	月	火	水



メニコンオルソK レンズ返品用記入書

太線枠の中は、必ずご記入ください。必ず名前・患者コード欄をご記入ください。
 複数の患者様のレンズを返送する場合は、お手数ですが本記入書患者様ごとにご記入ください。

1. ご施設情報

ご施設名			
得意先コード		TEL :	
ご担当者名		ご記入日	年 月 日

2. 返送レンズ情報

患者名 (かか)		
患者コード		
	右レンズ	左レンズ
ご注文日		
レンズのタイプ	<input type="checkbox"/> 治療用：右 (クリア・バイレット) <input type="checkbox"/> CA : 右 (クリア・バイレット) <input type="checkbox"/> 治療用：ブルー <input type="checkbox"/> CA : ブルー	<input type="checkbox"/> 治療用：左 (ブルー) <input type="checkbox"/> CA : 左 (ブルー)
レンズ情報	FK: _____ TP: _____ SK: _____	FK: _____ TP: _____ SK: _____
ロット番号		
返品理由	<input type="checkbox"/> キャンセル保証【1か月】 <input type="checkbox"/> 初回処方交換保証【3か月】 <input type="checkbox"/> 破損保証【1年】	<input type="checkbox"/> キャンセル保証【1か月】 <input type="checkbox"/> 初回処方交換保証【3か月】 <input type="checkbox"/> 破損保証【1年】
検査依頼	<input type="checkbox"/> レンズの検査依頼	<input type="checkbox"/> レンズの検査依頼

レンズ返送先： **別紙の返送先一覧にてご確認ください。**

※返送時「返品レンズ在中」と明記してください。

■40枚セット【標準パターン】

レンズデザイン		スタンダード	CA
基本規格		ターゲットパワー：-4.00D 直径：10.5mm SK/FKとの差：2.00D（CAの場合）	
フラットK (D)	フラットK (mm) 換算	枚数	
40.00	8.44	1	1
40.25	8.39	1	1
40.50	8.33	1	1
40.75	8.28	1	1
41.00	8.23	1	1
41.25	8.18	2	2
41.50	8.13	2	2
41.75	8.08	2	2
42.00	8.04	2	2
42.25	7.99	2	2
42.50	7.94	2	2
42.75	7.89	2	2
43.00	7.85	2	2
43.25	7.80	2	2
43.50	7.76	2	2
43.75	7.71	2	2
44.00	7.67	2	2
44.25	7.63	2	2
44.50	7.58	2	2
44.75	7.54	1	1
45.00	7.50	1	1
45.25	7.46	1	1
45.50	7.42	1	1
45.75	7.38	1	1
46.00	7.34	1	1
46.25	7.30	1	1
計		40	40

	ツール外観	名称 (コード)	詳細
1		<p>取扱説明書 メニコンオルソK (211700)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・治療を始めた患者様を対象にお渡しする取扱説明書。
2		<p>PRパンフ オルソケラトロジー (212542)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・A4サイズを3つ折りにしたPRパンフレット ・オルソケラトロジーや治療の流れの概要を説明
3		<p>パンフスタンド オルソケラトロジー (212543)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・PRパンフを展示するためのオルソK専用スタンド
4		<p>B2ポスター オルソケラトロジー (212544)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・院内に掲示していただくためのポスター ・デザインは同一サイズで2種類
5		<p>B3ポスター オルソケラトロジー (212545)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・B2 (51.5×72.8cm) ・B3 (36.4×51.5cm)



ALPHA