

コンタクトレンズ検査料を含む診療費用について

1 初診の場合

項目	診察料	検査料	合計	診療時の自己負担額
金額	3,030 円 (303 点)	2,000 円 (200 点)	5,030 円 (503 点)	1,510 円 (3 割) 500 円 (1 割)
内容	初診料	コンタクトレンズ 検査料 1	—	—

2 再診の場合

項目	診察料	検査料	合計	診療時の自己負担額
金額	770 円 (77 点)	2,000 円 (200 点)	2,770 円 (277 点)	830 円 (3 割) 280 円 (1 割)
内容	外来診療料	コンタクトレンズ 検査料 1	—	—

3 眼科診療を専ら担当する常勤医師

職名	氏名
眼科主任部長	鈴木 説子

※ 当院は、10年以上の眼科診療経験を有する眼科専門医を有しています。

- ご不明点等がありましたら、医事課窓口へお尋ねください。
- コンタクトレンズ検査料には、屈折、角膜、角膜曲率、矯正視力等の検査が包括されています。
- 上記費用は、コンタクトレンズの装着のみを目的に受診された場合に適用されます。
- 当院において過去にコンタクトレンズ検査を算定されている場合には、外来診療料が算定されます。
- 他に病気がある場合、薬を処方された場合にはこの限りではありません。別途費用がかかります。