

コンタクトレンズ検査料について

当院はコンタクトレンズ検査料1の施設基準に適用しております。

項目	点数	自己負担金
初診料	372点	1,120円(3割)
再診	75点	230円(3割)
コンタクトレンズ検査料1	200点	600円(3割)

① 初診料及び再診料

コンタクトレンズの装用を目的としている方で、当院に初めて受診した方は初診料372点を、当院で過去にコンタクトレンズ検査料算定したことがある方は再診料75点を算定いたします。

② コンタクトレンズ検査料1

コンタクトレンズの装用を目的に眼科学的検査を行った場合は、200点を算定いたします。

※上記につきご不明な点をご相談ください。

コンタクトレンズの診療を行う医師の氏名： 川村 知子

眼科診療経験： 厚生労働省の施設基準に定める経験を有しています。

たつの市民病院