

コンタクトレンズ診療費に 関するお知らせ

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

- ・ 当院の受診が初めての方

初診料 291 点 (3 割負担の方 約 870 円、1 割負担の方 約 290 円)

(※紹介状が無い方は、初診料とは別に初診時負担額 7,700 円頂戴します)

- ・ 過去に当院でコンタクトレンズ検査料を算定された方

外来診療料 76 点 (3 割負担の方 約 230 円、1 割負担の方 約 80 円)

2. コンタクトレンズ検査料 1 200 点

(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に算定します。)

(3 割負担の方 600 円、1 割負担の方 200 円)

上記 1 の初診料又は外来再診料に、2 のコンタクトレンズ検査料 1 を合せた点数を算定します。

※厚生労働省が定める疾病の治療によっては、上記のコンタクトレンズ検査料ではな

く、眼科学的検査料で算定する場合があります。

ご不明な点につきましてはお問い合わせください。

コンタクトレンズの診療を行う医師の氏名 岩見 千丈

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。

北上済生会病院