

コンタクトレンズ検査料について

コンタクトレンズ検査料 1 【施設基準（コン1）第423号】

検査の費用

①初診の場合 = 初診料（291 点）＋ベースアップ評価（6 点）＋コンタクトレンズ検査料 1（200 点）

1 割負担	500 円	2 割負担	990 円	3 割負担	1,490 円
-------	-------	-------	-------	-------	---------

②再診の場合 = 再診料（75 点）＋ベースアップ評価（2 点）＋コンタクトレンズ検査料 1（200 点）

1 割負担	280 円	2 割負担	550 円	3 割負担	830 円
-------	-------	-------	-------	-------	-------

※当院で過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合は再診料を算定します。

※①②ともに子育て支援医療証をお持ちの場合は、200 円になります。

担当医師

堤 亮太 医師 （眼科診療経験 8 年）

ご不明な点がございましたら総合受付にお声掛けください。 綾部市立病院