

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 | 自己負担金 |
|----|--------|------------------|--------|------------------------|
| 金額 | 2,910円 | 2,000円 | 4,910円 | 1,470円(3割) 490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 | 自己負担金 |
|----|-------|------------------|--------|----------------------|
| 金額 | 760円 | 2,000円 | 2,760円 | 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 | - | - |

※当院において過去にコンタクトレンズ検査料を算定されている場合

3. 担当医師

| 医師の氏名 | 眼科診療経験 |
|-------|--------|
| 木村 百子 | 38年 |

○ご不明点等ございましたら、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、矯正視力など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用のみを目的に受診された場合に適用されます。

○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。