

コンタクトレンズ検査の診療費について

◇コンタクトレンズ検査に係る費用

初診時	491点	・ 3割負担の患者様	1,470円
		・ 2割負担の患者様	980円
		・ 1割負担の患者様	490円
再診時	276点	・ 3割負担の患者様	830円
		・ 2割負担の患者様	550円
		・ 1割負担の患者様	280円

< 参考 >

初診料 291点 再診料 76点
コンタクトレンズ検査料1 200点

※当院又は、近畿大学奈良病院にて過去に
コンタクトレンズ検査料を算定している場合は、
再診扱いとなります。

◇コンタクトレンズ外来診療医師及び診療日時

立花医師（眼科経験年数30年）：毎週水曜日

上記内容についてのご不明点については、眼科スタッフに
遠慮なくお尋ね下さい。