

「コンタクトレンズ検査料1」を算定しております

コンタクトレンズ診療に係る点数と保険適用による費用は以下の通りです。
過去に、当院、周防大島町立東和病院又は周防大島町立橘医院にてコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料にて算定いたします。

点数		保険適用時の費用					
	診察料	コンタクトレンズ 検査料1	合計		1割負担	2割負担	3割負担
初診時	291点	200点	491点	初診時	490円	980円	1,470円
再診時	75点		275点	再診時	280円	550円	830円

診療医師名	眼科診療経験年数	診療日
大西 香	10年以上	月・火・水・金曜

※外来診療時間内のみ

新規のコンタクトレンズの処方は今行っておりません。

※上記の項目について不明な点がございましたらご相談ください。