

コンタクトレンズ検査料について

当院における、コンタクトレンズ装用時の検査等の費用（自己負担分）は、次のとおりです。

初 診	1, 0 2 0 円
再 診	3 8 0 円
(3 割負担の場合)	

« 上記金額の内訳 »

初 診 料	2 9 1 点
外来診療料（再診時）	7 5 点
コンタクトレンズ検査料 4	5 0 点

※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、再診の扱いとなります。

診 療 医 師 名：澤 田 有

眼科診療経験：3 6 年（令和7年4月現在）

尚、当日の診療内容により負担金額が変わる場合がありますので、ご了承願います。

ご不明な点は、係へお尋ねください。