『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とおりです
過去に、当院、碩心館病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

	診察料	コンタクトレンズ検査料1	合計
初診時	**294点**	**200点**	**494点**
再診時	**77点**		**277点**

保険適用の費用

	1割負担	2割負担	3割負担
初診時	**４９０円**	**９９０円**	**１４８０円**
再診時	**２８０円**	**５５０円**	**８３０円**

※上記の項目について不明な点がございましたら受付までご相談ください

碩心館病院