

お知らせ

当院は、【**コンタクトレンズ検査料1**】の施設基準に適合している旨、東海北陸厚生局に届出を行っております。

▼コンタクトレンズの装用を目的に受診された患者様のお支払いについて
(診療報酬点数1点=10円)

診療項目	診療報酬点数	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
①初診料	288点	290円	580円	860円
②再診料	73点	70円	150円	220円
①もしくは②に下記の「コンタクトレンズ検査料1」をプラス				
コンタクトレンズ検査料1	200点	200円	400円	600円

※コンタクトレンズ装用のために受診の場合、当院で過去にコンタクトレンズ検査料を算定されたことのある方の基本診療料は再診料を算定します。

▼眼科担当医

安藤 佳奈子	眼科診療経験年数 28年
--------	--------------

ご不明な点がある場合は、
総合案内(医療サービス課)
までお尋ねください。

