

【 コンタクトレンズ検査料 1 】

コンタクトレンズ装用のために受診の方の診療にかかる費用は次のとおりです

初診料	291 点	(2,910 円)
再診料	75 点	(750 円)
コンタクトレンズ検査料 1	200 点	(2,000 円)

※上記金額の 1 割・2 割・3 割負担となります。

- ・当院にて、過去にコンタクトレンズ検査料を請求している場合には再診料を診察料として請求させていただきます。
- ・お薬や処置、手術などの費用は含まれません。
- ・他の病気がある場合は、通常の保険点数になる場合もございます。

なお、コンタクトレンズ検査料に係わる費用について、ご不明な点は受付担当者がご説明いたしますのでお申し出下さい。

磯子中央病院