

# コンタクトレンズ診療費に関するお知らせ

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、関東信越厚生局長野事務所に届出を行っています。  
コンタクトレンズ検査料1に係る費用について下記の通りです。

区分	初診の場合		再診の場合
	※当院に初めて受診する場合	※他の診療科を受診中であって、 同一日に眼科を初めて受診 する場合	※眼科において再診の場合 ※他の診療科を受診中であって、 別の日に眼科を受診する場合
診 察 料	2,910 円	1,460 円	760 円
	★当院または当院と特別の関係にある保険医療機関において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場合に該当します。		
コンタクトレンズ検査料1	2,000 円		
	★当院において算定するコンタクトレンズに係る検査料金 ★厚生労働省が定める疾病等によっては、上記のコンタクトレンズ検査料ではなく、眼科学的検査料で算定する場合があります。		
コンタクトレンズ診療を 担当する医師の氏名 および、眼科診療経験	太田 いづみ 増尾 史織	平成8年5月から眼科診療従事（当院眼科：平成18年3月から従事） 平成25年4月から眼科診療従事（当院眼科：令和3年4月から従事）	
個人負担について	★コンタクトレンズに係わる診療費は上記により算定されますが、ご加入の健康保険証に記載されている負担割合を乗じた額を窓口にてご負担いただきます。		
説 明	★上記の項目について不明な点がある場合は、眼科外来または医事課（会計）窓口にお申し出ください。		