

コンタクトレンズ検査料のご案内

初診料	291点
3割負担	870円
2割負担	580円
1割負担	290円

再診料	76点
3割負担	230円
2割負担	150円
1割負担	80円

コンタクトレンズ検査料1	200点
3割負担	600円
2割負担	400円
1割負担	200円

上記金額については概算です。
他の診療科の診察等がある場合は、変更になることがあります。

担当医師及び診察経験年数

伊藤 康雄	1986年卒
島田 佳明	1987年卒
八木 達哉	2000年卒
恒川 祐磨	2015年卒
馬嶋 一如	2016年卒
濱田 瑞綺	2016年卒
松本 大蔵	2020年卒

上記内容について、ご質問などございましたら窓口へお尋ねください。