

|   |  |               |   |
|---|--|---------------|---|
|   | <p>査料1を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p> |               | <p>査料1、2又は3を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料4を算定する。</p> |
| <p>D 3 1 7 膀胱尿道ファイバースコープ</p> <p>—</p> <p>【注の追加】</p> |  | <p>(追加) →</p> | <p>注 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。</p>  |
| <p>D 3 1 7 - 2 膀胱尿道鏡検査</p> <p>【注の追加】</p>            |  | <p>(追加) →</p> | <p>注 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。</p>  |