ロ　その他の場合　260点
5　重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査　250点
注　5について、パワー・ベクトル分析を行った場合には200点、刺激又は負荷を加えた場合には1種目につき120点を加算する。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査
1　喉頭ストロボスコピー　450点
2　音響分析　450点
3　音声機能検査　450点

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法　40点

Ｄ２５３　嗅覚検査
1　基準嗅覚検査　450点
2　静脈性嗅覚検査　45点

Ｄ２５４　電気味覚検査（一連につき）　300点

（眼科学的検査）

通則
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、区分番号Ｄ２８２－３に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。

Ｄ２５５　精密眼底検査（片側）　56点

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査（片側）　150点
注　患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号Ｄ２５５に掲げる精密眼底検査（片側）、Ｄ２５７に掲げる細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はＤ２７３に掲げる細隙燈顕微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影
1　通常の方法の場合
イ　アナログ撮影　54点
ロ　デジタル撮影　58点
2　蛍光眼底法の場合　400点
3　自発蛍光撮影法の場合　510点
注1　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。（1のロの場合を除く。）
2　広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ２５６－２　眼底三次元画像解析　200点
注　患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号Ｄ２５６の1に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５７　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）　112点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）　230点

Ｄ２５８－２　網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）　500点

Ｄ２５９　精密視野検査（片側）　38点

Ｄ２６０　量的視野検査（片側）
1　動的量的視野検査　195点
2　静的量的視野検査　290点

Ｄ２６１　屈折検査
1　6歳未満の場合　69点
2　1以外の場合　69点

Ｄ２６２　調節検査　70点

Ｄ２６３　矯正視力検査
1　眼鏡処方せんの交付を行う場合　69点
2　1以外の場合　69点

Ｄ２６４　精密眼圧測定　82点
注　水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、55点を加算する。

Ｄ２６５　角膜曲率半径計測　84点

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査　105点
注　角膜形状解析検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行った区分番号Ｄ２６５に掲げる角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２６６　光覚検査　42点

Ｄ２６７　色覚検査
1　アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合　70点
2　1以外の場合　48点

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査　48点

Ｄ２６９　眼球突出度測定　38点

Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定　150点

Ｄ２７０　削除

Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料　250点
注　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として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定する。

Ｄ２７１　角膜知覚計検査　38点

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線條試験による）　48点

Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）　48点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

Ｄ２７４　前房隅角検査　38点

Ｄ２７５　圧迫隅角検査　76点

Ｄ２７６　網膜中心血管圧測定
1　簡単なもの　42点
2　複雑なもの　100点

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査　38点

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）　260点

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査　160点

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査　160点

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）　160点

Ｄ２８２　中心フリッカー試験　38点

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査
1　ＰＬ（Ｐreferential　Ｌooking）法　100点
2　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）　60点

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料
1　コンタクトレンズ検査料1　200点
2　コンタクトレンズ検査料2　180点
3　コンタクトレンズ検査料3　56点
4　コンタクトレンズ検査料4　50点
注1　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として地方厚生局長等