



臺北市驗光所收費標準表

· 109年11月2日臺北市衛生局北市衛醫字第1093078850號公告核定
· 112年9月8日臺北市衛生局北市衛醫字第1123054831號函修訂

· 112年12月14日臺北市衛生局北市衛醫字第1123072307號函修訂
· 115年4月9日臺北市衛生局北市衛醫字第1153085208號函修訂

申請項次	收費項目	申報收費金額 (元)/(單位)	公告說明 (收費內容說明：服務內容、用途、適應症、適用對象、費用包括含與不含之項目等。)
1	視力檢查(裸視) Unaided vision	80元/次	1. 每次收費80元。 2. 為檢查檢驗之費用，以遮眼板等輔具及視力表設備測量患者未佩戴視覺輔具時的視力，含檢查耗材。
2	配鏡及眼鏡(驗光報告單) Refraction Report	260元/次	1. 每次收費260元。 2. 每次以開立一份驗光報告為計價單位。 3. 為檢查檢驗之費用，依檢查結果試片試戴，含驗光人員開立調整之參數與其他眼鏡所需之資訊記錄報告。
3	配鏡及眼鏡(含稜鏡)(稜鏡驗光報告單) Prism Refraction Report	520元/次	1. 每次收費520元，適用於雙眼視覺或視野異常者。 2. 每次以開立一份稜鏡驗光報告為計價單位。 3. 為檢查檢驗之費用，檢查結果試戴後調整，含各種稜鏡之參數及試片試戴。 4. 含驗光人員開立其他稜鏡眼鏡所需之資訊記錄報告。
4	屈光量測(電腦驗光機測量) Autorefracton	150元/次	1. 每次收費150元。 2. 以電腦驗光儀測量兩眼屈光概值之檢查費。
5	視力檢查，含矯正(戴舊鏡視力檢查) Visual Acuity With Correction	100元/次	1. 每次收費100元。 2. 以遮眼板等輔具及視力表設備測量患者佩戴慣用視覺輔具時的遠/近方視力之檢查費。
6	隱形眼鏡配戴下驗光 Autorefracton With ContactLens on	200元/次	1. 每次收費200元。 2. 以電腦驗光儀測量患者配戴隱形眼鏡下的弧度及屈光概值之檢查費。
7	網膜鏡檢查-複雜 (靜態網膜鏡檢查)(檢影法) Static Retinoscopy	300元/次	1. 每次收費300元。 2. 以視網膜鏡、視力表設備、自覺式驗光儀與試鏡片組/板鏡，測量患者兩眼的遠方屈光狀態。 3. 含人力、設備及檢查，所需時間大於2分鐘者收此項費用。
8	色覺異常檢查 Color Vision Test	150元/次	1. 每次收費150元。 2. 以色覺測驗本，篩檢患者後天或遺傳的色覺缺陷之檢查費。
9	運動覺檢查(眼球運動功能檢查) EOM evaluation	240元/次	1. 每次收費240元。 2. 光學鏡片種類選擇所需檢查。
10	眼鏡度數測量 Lensometry	50元/次	1. 每次收費50元。 2. 以驗度儀測量患者慣用眼鏡鏡片上的屈光度之檢查費。
11	角膜地圖儀檢查 Corneal topography	410元/次	1. 每次收費410元。 2. 以角膜地圖儀精確地分析角膜表面型態及曲率變化之檢查費。
12	對比敏感度檢查 Contrast Sensitivity	250元/次	1. 每次收費250元。 2. 以對比敏感度測試設備，測量屈光不正或視覺品質不佳患者的對比敏感能力之檢查費。
13	角膜曲度測定 Ophthalmometry exam (Keratometry)	120元/次	1. 每次收費120元。 2. 驗光人員以角膜弧度儀/電腦驗光儀(含角膜弧度測量型)/角膜地圖儀測量角膜弧度，含儀器折舊。(兩眼各一次)
14	立體感視覺檢查 Stereopsis test	240元/次	1. 每次收費240元。 2. 驗光人員以立體視測驗本、偏光眼鏡、紅綠眼鏡，測量患者立體視功能之檢查費。
15	不等視檢查 Anisometropia examination	270元/次	1. 每次收費270元。 2. 偏光，稜鏡，交替遮蓋(Brecher檢查法)，Turville，Awaya影像不等檢查。
16	多焦點眼鏡試戴評估(試片組試戴評估)	300元/次	1. 每次收費300元。 2. 驗光人員以不同設計之多焦點鏡片，測試患者配適狀況。
17	近點距離	100元/次	1. 每次收費100元。 2. 驗光人員檢查患者近距離的清楚視力範圍。
18	低視力輔具教導使用 (Low Vision Aids Usage Training)	500元/次	功能性輔具之設計費、製作費或使用訓練及指導費。
19	硬式隱形眼鏡驗配 (Rigid Gas Permeable Contact Lens Fitting)	600元/次	硬式隱形眼鏡屈光度測量，受檢者眼球外觀檢查及隱形眼鏡試戴評估之檢查費。
20	一般軟式隱形眼鏡驗配 (Soft Contact Lens Fitting)	400元/次	球面軟式隱形眼鏡屈光度測量，受檢者眼球外觀檢查及隱形眼鏡試戴評估之檢查費。
21	進階軟式隱形眼鏡驗配 (Advanced Soft Contact Lens Fitting)	800元/次	散光、老花、漸進軟式隱形眼鏡屈光度測量，受檢者眼球外觀檢查及隱形眼鏡試戴評估之檢查費。
22	前導波像差分析高階驗光 (Wavefront Aberration Analysis-Advanced Examination)	800元/次	以前導波像差儀檢查屈光不正及視覺品質不佳受檢者，改善眼球不完光學系統的高階像差之檢查費。依修正各高階像差數據，確定前導波高階光學鏡片輔具之需求。
23	電腦立體顯像眼底檢查、攝影 (Computerized Stereoscopic Fundus Examination and Photography)	1405元/次	使用電腦立體顯像眼底機篩檢受檢者是否因眼底狀態造成屈光度改變，作為配鏡矯正或轉介之依據。
24	眼壓測量 (Intraocular Pressure Measurement)	50元/次	使用非侵入性氣動式眼壓機觀察受檢者是否因眼壓起伏而造成屈光度改變，作為配鏡矯正或轉介之依據。

說明：

一、依據驗光人員法第21條、台北市驗光師公會109年9月3日北市驗光師字第109026號、台北市驗光師公會109年9月4日北市驗光師字第109020號函、台北市驗光師公會112年3月22日北市驗光師字第112007號函、台北市驗光師公會112年8月30日北市驗光師字第112036號函、台北市驗光師公會112年11月29日北市驗光師字第112052號函、台北市驗光師公會114年10月8日北市驗光師字第1140000011號函辦理。

二、本表適用於臺北市驗光所。

三、本表未列出之收費項目，請參照(但不得逾)臺北市各醫學中心收費標準。

四、臺北市驗光所收費標準高於本表者，須依驗光人員法規定，經臺北市衛生局核定後，始得收取。

五、本表所列項目為衛福部中央健康保險署醫療服務支付項目或日後納為支付項目後：

(一)符合健保給付規定者：依健保支付標準規定辦理。

(二)不符合健保給付規定者：依健保支付標準(醫學中心等級)二倍以下之範圍內收費。

六、驗光所之驗光人員執行上開收費項目，須遵循驗光人員法第12條規定之業務範圍。

