

低濃度アトロピン0.01%・0.025% 点眼薬（マイオピン）について

本製品はお子様の近視進行を抑制するための目薬です。

このようなお子様におすすめです

12歳以下の学童、中等度(-6D)以下の近視の方への治療をおすすめしています。

費用について

本治療は自費診療(保険適応外)です。健康保険や医療費助成制度は適応されません。

保険診療と自由診療は同日に受診ができません。

初回治療の前に、保険診療で近視を確認してから、後日処方させていただきます。

近視進行抑制以外での診療は別の日に受診が必要です。

3回目の治療以降は3か月毎の定期的な通院が必要です。

2年間は治療を継続されることを推奨します。

初回治療費用	0.01% マイオピン 1本 + 検査・診察	5,150円
1か月後の治療費用	0.01% マイオピン 2本 + 検査・診察	8,300円
3か月毎の治療費用	0.01% マイオピン 3本 + 検査・診察	11,450円

初回治療費用	0.025% マイオピン 1本 + 検査・診察	5,600円
1か月後の治療費用	0.025% マイオピン 2本 + 検査・診察	9,200円
3か月毎の治療費用	0.025% マイオピン 3本 + 検査・診察	12,800円

2024年10月 改定



クオッカ眼科クリニック