8、特別の療養環境の提供

階数	部屋 No	床数	室料(消費税込)
3F	302	1	11.000
	303	3	3.300
	312	3	3.300
	313	1	11.000
4F	402	1	11.000
	403	3	3.300
	412	3	3.300
	413	1	11.000
5F	501	1	22.000
	502	1	16.500
	503	3	3.300
	510	3	3.300
	511	1	13.200
	513	1	22.000

R5.10.1

※医師が「治療上の必要」により入院並びに、緊急用として使用する場合には

この限りではありません。

9、実費負担に関するお願い

当院では、以下の項目について実費の負担をお願いしています。

(1) 文書料

当院指定診断書　科毎１通　3,300 円(消費税込)

生命保険関連証明書・診断書　科毎１通　5,500 円(消費税込)

※診療録等開示、その他の文書料については、窓口にお問い合わせください。

(2) 予防接種

※予防接種料金は、実施内容により異なりますので、窓口にお問い合わせください。

(3) その他

診察券再発行　手数料　1 枚につき　440 円(消費税込)

理髪代　1 回につき　2,000 円(消費税込)

口腔ケア用品　各種指定金額　別紙にて

(4) 入院セット

入院時に必要とされる入院生活用品及び紙おむつを日額定額制にて専門業者に委託しております。　A セット　1 日 730 円(消費税込)・B セット　1 日 500 円(消費税込)

オプション　食事用エプロン　1 日 180 円(消費税込)

肌着類　1 日 418 円(消費税込)

(5) 紙おむつ類

A セット　1 日 950 円(消費税込)・B セット　1 日 400 円(消費税込)

C セット　1 日 677 円(消費税込)

なお、当院では、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は行っていません。

10、 入院期間が 180 日を超える入院について

厚生労働省が定める常態にある患者様を除き、入院期間が 180 日を超える入院患者様において、1 日につき、2,420 円(税込)(通算対象入院料の基本点数の 15%相当)が、実費請求となりますのでご了承ください。

令和 6 年 6 月 1 日