

# 患者さんへのご案内

## (1) 特別療養環境室の提供について

原則、個室又は4床室への入室を希望される場合、特別療養環境料として所定の料金をいただいております。

\* 等級別設置備品一覧 ※室料差額は、全て1日の金額です。表示金額は全て消費税込みの金額です。

| 8階A・B病棟 |         |                                 |                                   |
|---------|---------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 等級      | 室料差額    | 室番号                             | 設置備品一覧                            |
| 個室      | 27,500円 | 825・826・827・855・856・857         | シャワー室・洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット |
|         | 25,300円 | 831・832・861・862                 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット       |
| 4床室     | 5,500円  | 821・822・823・833・851・852・853・863 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・ロッカー               |
|         | 4,950円  | 828・858                         | 洗面台・TV・冷蔵庫・ロッカー                   |

| 7階A・B病棟 |         |                                 |                                   |
|---------|---------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 等級      | 室料差額    | 室番号                             | 設置備品一覧                            |
| 個室      | 27,500円 | 725・726・727・755・756・757         | シャワー室・洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット |
|         | 25,300円 | 731・732・761・762                 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット       |
| 4床室     | 5,500円  | 721・722・723・733・751・752・753・763 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・ロッカー               |
|         | 4,950円  | 728・758                         | 洗面台・TV・冷蔵庫・ロッカー                   |

| 6階A・B病棟 |         |                                 |                                   |
|---------|---------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 等級      | 室料差額    | 室番号                             | 設置備品一覧                            |
| 個室      | 27,500円 | 625・626・627・655・656・657         | シャワー室・洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット |
|         | 25,300円 | 631・632・661・662                 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット       |
| 4床室     | 5,500円  | 621・622・623・633・651・652・653・663 | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・ロッカー               |
|         | 4,950円  | 628・658                         | 洗面台・TV・冷蔵庫・ロッカー                   |

| 5階周産期病棟 |         |                                         |                                   |
|---------|---------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 等級      | 室料差額    | 室番号                                     | 設置備品一覧                            |
| 個室      | 27,500円 | 525・526・527・528・532・533・535・536・537・538 | シャワー室・洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット |
| 4床室     | 5,500円  | 521・522・523・530・531                     | 洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・ロッカー               |

| 5階こども病棟 |         |                         |                                   |
|---------|---------|-------------------------|-----------------------------------|
| 等級      | 室料差額    | 室番号                     | 設置備品一覧                            |
| 個室      | 13,750円 | 553・555・556・557・558・561 | シャワー室・洗面台・トイレ・TV・冷蔵庫・クローゼット・応接セット |

## (2) 時間外選定療養費について

当院の救急外来においては、地域の緊急患者の受け入れを行っているため、「緊急性を要しない(いわゆる軽症の)患者さんの時間外受診」には、時間外選定療養費をいただいております。

【時間外選定療養費徴収金額】 8,800円(税込)

【徴収対象時間(受付時間)】 17:00～翌日8:30

## (3) 初診時選定療養費について

当院は、400床以上の地域医療支援病院であり、診療所との機能分担(急性期医療、慢性期医療)の推進を図る観点から初診時に他医療機関等からの紹介状をお持ちになれない場合には患者さんの選択によるものとして保険負担以外に7,700円(税込)の初診時選定療養費をいただいております。

## (4) 再診時選定療養費について

病状が安定し、当院がかかりつけ医への紹介を申し出ても、引き続き当院を受診される場合に、保険診療分とは別に医科:3,300円(税込)、歯科:2,090円(税込)の再診時選定療養費をいただいております。

【以下に該当する場合等は徴収対象外となります】

- ・ 他の医療機関等より紹介状を持参された方
- ・ 生活保護による医療扶助の対象となる方、特定疾患など各種公費負担制度受給対象の方
- ・ 受診後そのまま入院する場合。当院で当日受診があり、症状増悪によって再受診する場合
- ・ 当院医師より外来を再受診するように指示された場合 など

なお、保険外併用療養費徴収に対しご不明な点がございましたら、平日の時間内(8:30～17:00)に総合サポートセンター(03-6204-6111)までお問い合わせください。

(5) 医科点数表に規定する回数を超えて受けた診療であり、厚生労働大臣が定めるものに規定する基準において、患者さんの選択により行った療養に関する費用は、所定の金額をご負担いただくことがあります。

(税込)

| 項目                 | 金額      | 項目                 | 金額      |
|--------------------|---------|--------------------|---------|
| 癌胎児性抗原 (CEA)       | 1,155 円 | α-フェトプロテイン (AFP)   | 1,177 円 |
| 心大血管疾患リハビリテーション料 I | 2,255 円 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 I | 2,695 円 |
| 廃用症候群リハビリテーション料 I  | 1,980 円 | 運動器リハビリテーション料 I    | 2,035 円 |
| 呼吸器リハビリテーション料 I    | 1,925 円 |                    |         |

(6) 入院医療の必要性のない方で、患者さんの事情により入院されている方で、180日を超えた場合は、1日あたり2,723円(税込)かかることがあります。

(7) 多焦点眼内レンズを使用する白内障手術の選定療養について  
多焦点眼内レンズを使用する白内障手術を受ける場合、保険診療費とは別に選定療養費として以下の金額をご負担いただきます。

| 多焦点眼内レンズの販売名                             | 金額        |
|------------------------------------------|-----------|
| Clareon PanOptix Trifocal                | 275,000 円 |
| Clareon PanOptix TORIC Trifocal          | 297,000 円 |
| Clareon Vivity AutonoMe                  | 275,000 円 |
| Clareon PanOptix Trifocal AutonoMe       | 275,000 円 |
| Clareon PanOptix TORIC Trifocal AutonoMe | 297,000 円 |
| テクニス オデッセイ オプティブルー Simplicity            | 286,000 円 |
| テクニス オデッセイ トリック II オプティブルー Simplicity    | 308,000 円 |
| Vivinex ジェメトリック                          | 264,000 円 |
| Vivinex ジェメトリック トリック                     | 286,000 円 |

(8) 診療報酬上対象とならない患者さんの間歇スキャン式持続血糖測定器の使用について  
希望による間歇スキャン式持続血糖測定器の使用にあたり診療報酬上対象とならない患者さんは保険診療費とは別に選定療養費として以下の金額をご負担いただきます。

| 機器の販売名                  | 金額      |
|-------------------------|---------|
| FreeStyle リブレ 2(センサー)   | 7,480 円 |
| FreeStyle リブレ 2(Reader) | 7,790 円 |

(9) 希望による精子の凍結又は融解であって医療上必要と認められない場合、保険診療費とは別に選定療養費として、13,200円(税込)をいただいております。

(10) 先進医療に係る届出  
当病院は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合する病院として、以下の先進医療を実施しております。

| 名 称                                                                                              | 患者負担額    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 【タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養】<br>胚移植を必要とする不妊症患者                                                          | 36,000 円 |
| 【膜構造を用いた生理学的精子選択術】<br>不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。) | 24,000 円 |