

■実費一覧

保険外負担について、その使用量、利用回数に応じた実費負担をお願いしています。

選定療養・評価療養

種別	単価	備考
初診に係る料金	1,100円	選定療養
入院期間が180日を超える入院(1日につき)	2,723円	選定療養
医科点数表等に規定する回数を超えて実施する 疾患別リハビリテーション料(1単位につき)	3,000円	選定療養
特別の療養環境(差額室料)	差額室料一覧をご覧ください。	選定療養
SignatureガイドCT	65,000円	評価療養

日常生活上のサービスに係る費用

種別	単価	備考	
紙オムツ(テープタイプ)1枚	S-Mサイズ, Mサイズ M-Lサイズ	240円(税込) 240円(税込)	
紙オムツ(パンツタイプ)1枚	Sサイズ, Mサイズ Lサイズ	240円(税込) 280円(税込)	
吸水シート1枚		110円(税込)	
紙オムツ(マイクロニューベビー)1袋		660円(税込)	1袋24枚入り
尿取りパット(弱酸性)1枚		80円(税込)	
ストマ装具(使用材料の代表例)			
ストマ(アシュラセルフプレートERフリー)1枚		650円(非課税)	製品番号13151の場合
ストマ(アシュラIIロックパウチEC)1枚		315円(非課税)	製品番号13976の場合
ストマ(アシュラコンフォートワイドEC)1枚		510円(非課税)	製品番号15860の場合
ストマ(ポスパックK)1枚		300円(非課税)	製品番号15011の場合
ストマ(ノバ1イレオストミーソフトコンベックス)1枚		900円(非課税)	製品番号820-35の場合
ストマアクセサリ(コロプラストスティックペースト)1本		220円(税込)	製品番号2655の場合
ストマアクセサリ(プロケアーソフトウエハーリング)1個		220円(税込)	製品番号15591の場合
ストマアクセサリ(プロケアーMFパテ)1本		3,300円(税込)	製品番号12601の場合
スリッパ		110円(税込)	

※ご持参された物品を使用された場合、料金は発生致しません。

※ストマ、ストマアクセサリは状態に合わせて適宜規格を変更することがございます。

その他

種別	単価	備考
Qスイッチルビーレーザー(1ショットにつき)	1,650円(税込)	1日限度55,000円(税込)
炭酸ガスレーザー(小)	5,500円(税込)	
炭酸ガスレーザー(大)	11,000円(税込)	
陥入爪ワイヤー矯正術	3,300円(税込)	
保険診療以外での血液型検査	2,500円(税込)	
その他自由診療による診察	保険点数1点当たり単価10円を基本として算定し、消費税を加算します。	
診察券再発行手数料(1枚につき)	100円(税込)	
面談料	11,000円(税込)	

2023年10月1日現在