

《文書料》

| 種類                                | 単位 | 金額（税込）  |
|-----------------------------------|----|---------|
| 成年後見人用診断書                         | 通  | 11,000円 |
| 厚生年金・国民年金診断書                      | 通  | 6,600円  |
| 保険会社用入院証明書（診断書）                   | 通  |         |
| 死亡診断書（1枚目）                        | 枚  |         |
| 身体障害者診断書・意見書                      | 通  |         |
| 特別障害者手当認定用診断書                     | 通  |         |
| 交通災害診断書                           | 通  |         |
| 特別児童扶養手当認定診断書                     | 通  |         |
| その他特殊な診断書                         | 通  |         |
| 認知症鑑別診断用診断書（都道府県公安委員会提出用）         | 通  | 5,500円  |
| 昌寿苑入所療養介護 医療情報提供書及び入所診断書          | 通  | 4,400円  |
| 施設等入所用健康診断書                       | 通  |         |
| 養育手帳診断書                           | 通  |         |
| 特定疾患医療受給者認定 臨床調査個人票               | 通  |         |
| 調理師・鉄砲免許・接客業者診断書                  | 通  | 3,300円  |
| 特定疾患医療受給者重症患者診断書                  | 通  | 2,200円  |
| 運転免許（公安委員会）診断書                    | 通  |         |
| 精神通院医療費公費負担用診断書                   | 通  |         |
| 精神障害者保健福祉手帳用診断書                   | 通  |         |
| 保育ができないことを証明する診断書                 | 通  | 2,200円  |
| その他病名及び入院期間等の診断書（欠勤診断書等）          | 通  |         |
| 昌寿苑短期入所療養介護 医療情報提供書               | 通  | 1,100円  |
| 昌寿苑通所リハビリテーション 医療情報提供書            | 通  |         |
| 通院医療費公費負担・精神障害者保健福祉手帳申請（診断書不要の場合） | 通  |         |
| おむつ証明書                            | 通  |         |
| 社会復帰施設医師意見書                       | 通  |         |
| 通院リハビリ主治医意見書（保健所提出用）              | 通  |         |
| 主治医及び家族会の意見書（共同作業所用）              | 通  |         |
| 受診状況証明書                           | 通  |         |
| 初診年月日証明書                          | 通  |         |
| 装具診断書                             | 通  |         |
| 支払証明書                             | 通  |         |
| 公共職業安定所提出用傷病手当金支給申請書              | 通  |         |
| 主治医意見書（援護寮・福祉ホーム・授産施設・福祉工場・職安提出用） | 通  |         |
| 預金代理受取に関する証明書                     | 通  |         |
| 通院日等の証明書                          | 通  |         |
| 食物アレルギー診断書（義務教育期間は負担なし）           | 通  |         |
| その他簡単な証明書                         | 通  |         |
| 個人番号カード顔写真証明書（写真代含む）              | 枚  | 550円    |
| 保護者選任用診断書                         | 枚  |         |
| 診断書（2枚目以降）                        | 枚  |         |
| 診断書コピー代                           | 枚  |         |

《紙おむつ料金》

| 紙おむつプラン<br>※委託業者との契約となり、お支払い先も委託業者となります  | 単位 | 金額（税込） |
|------------------------------------------|----|--------|
| 紙おむつプラン①<br>（テープ止め、パンツ：1枚／日 ・パッド：4～5枚／日） | 日  | 473円   |
| 紙おむつプラン②<br>（テープ止め、パンツ：1枚／日 ・パッド：3枚／日）   | 日  | 385円   |
| 紙おむつプラン③<br>（テープ止め：1枚／日 ・パッド：1枚／日）       | 日  | 264円   |

《病衣・タオル料金》

| 病衣・タオルプラン<br>※委託業者との契約となり、お支払い先も委託業者となります                | 単位 | 金額（税込） |
|----------------------------------------------------------|----|--------|
| 基本プラン<br>（病衣：3枚／週 バスタオル：3枚／週<br>フェイスタオル：7枚／週 サービス品※1：適宜） | 日  | 385円   |
| 病衣プラン<br>（病衣：3枚／週 サービス品：適宜）                              | 日  | 319円   |
| タオルプラン<br>（バスタオル：3枚／週 フェイスタオル：7枚／週<br>サービス品※1：適宜）        | 日  | 253円   |
| 肌着プラン<br>（肌着：3枚／週 靴下：3足／週）                               | 日  | 110円   |

※1 サービス品内容 （下記商品の中から患者様のご容態に応じて必要な物をご使用頂けます）

- ・ 歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・入れ歯ケース・口腔ケアスポンジ
- ・ ふた付きコップ・曲がるストロー・マグカップ
- ・ ソフトティッシュ・ウェットティッシュ・ケア用タオル・ティスポおしぼり
- ・ 保湿剤・食事用エプロン・ヘアブラシ

《その他入院関連》

| 種類                | 単位 | 金額（税込） |
|-------------------|----|--------|
| 付添寝具代             | 日  | 330円   |
| ★付添食事代（朝食）        | 食  | 305円   |
| ★付添食事代（昼食・夕食）     | 食  | 788円   |
| 医療外代行業務費          | 日  | 263円   |
| 衣類洗濯料             | 日  | 70円    |
| ★おやつ代（ふれあいの園）     | 回  | 32円    |
| ★嗜好飲料代（ふれあいの園）    | 回  | 74円    |
| 洗濯用洗剤代            | 袋  | 18円    |
| 男性用入院セット          |    | 9,033円 |
| 女性用入院セット          |    | 8,472円 |
| 肌着無入院セット          |    | 3,641円 |
| アイソカル・アルジネードウォーター | 個  | 168円   |
| ★GFO（粉末清涼飲料）      | 個  | 115円   |
| ★ブロッカゼリー          | 個  | 136円   |
| ★アイソカルHC          | 個  | 140円   |
| ★ピージーウォーター        | 個  | 141円   |
| ★ピージーソフト300       | 個  | 333円   |
| ★ピージーソフト400       | 個  | 422円   |

《ご遺体に伴う諸費用》

| 種類        | 単位 | 金額（税込） |
|-----------|----|--------|
| 着物代（ネル）   | 枚  | 7,300円 |
| 着物代（ガーゼ）  | 枚  | 2,200円 |
| セーフティーセット | 個  | 3,289円 |
| メイクキット    | 個  | 990円   |

《予防ワクチン接種料》

| 種類                       | 単位 | 金額（税込）  |
|--------------------------|----|---------|
| エイムゲン                    | 回  | 8,077円  |
| 肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP）     | 回  | 9,031円  |
| 肺炎球菌ワクチン（プレベナー13）        | 回  | 10,490円 |
| 肺炎球菌ワクチン（バクニューバンス）       | 回  | 14,850円 |
| 二種混合麻疹・風疹ワクチン接種料金        | 回  | 9,317円  |
| ロタウイルスワクチン（ロタテック）        | 回  | 9,000円  |
| ロタウイルスワクチン（ロタリックス）       | 回  | 14,933円 |
| 水痘ワクチン接種料金               | 回  | 8,833円  |
| おたふく風邪ワクチン接種料金           | 回  | 6,824円  |
| 破傷風トキソイド                 | 回  | 2,614円  |
| インフルエンザ接種料金（1回目）（皮下接種）   | 回  | 4,500円  |
| インフルエンザ接種料金（2回目）（皮下接種）   | 回  | 3,500円  |
| インフルエンザ接種料金（入院・任意）（皮下接種） | 回  | 4,400円  |
| インフルエンザ接種料金（経鼻接種）        | 回  | 9,000円  |
| コロナワクチン接種料金              | 回  | 16,500円 |
| B型肝炎ワクチン（ビームゲン）          | 回  | 6,114円  |
| 麻疹ワクチン                   | 回  | 6,340円  |
| 小児用B型肝炎ワクチン（10歳未満用）      | 回  | 5,707円  |
| 小児用B型肝炎ワクチン（10歳以上用）      | 回  | 5,964円  |
| ヒブワクチン（アクトヒブ）            | 回  | 8,228円  |
| 4種混合ワクチン(テトラビック)         | 回  | 10,648円 |
| 5種混合ワクチン(ゴービック)          | 回  | 25,300円 |
| 不活化ポリオワクチン               | 回  | 9,928円  |
| 風しんワクチン接種料金              | 回  | 6,788円  |
| 日本脳炎ワクチン（ジェービックV）        | 回  | 7,320円  |
| 2種混合ワクチン（DTビック）          | 回  | 4,763円  |
| ツベルクリン                   | 回  | 4,192円  |
| 帯状疱疹ワクチン シングリックス1回目      | 回  | 20,000円 |
| 帯状疱疹ワクチン シングリックス2回目      | 回  | 17,860円 |

《面談料》

| 種類                 | 単位 | 金額（税込） |
|--------------------|----|--------|
| 相談料                | 回  | 3,300円 |
| 保険会社面談料            | 回  | 5,500円 |
| 子供のこころと体の相談(医師面談)  | 回  | 3,300円 |
| 子供のこころと体の相談(臨床心理士) | 回  | 2,200円 |

《情報開示手数料》

| 種類                     | 金額（税込） |
|------------------------|--------|
| 診療情報開示基本手数料            | 5,500円 |
| その他の費用（医師1名1時間以内）      | 3,850円 |
| その他の費用（医療従事者1名1時間以内）   | 2,750円 |
| その他の費用（事務員1名1時間以内）     | 2,200円 |
| その他の費用（医師1名1時間超毎）      | 2,750円 |
| その他の費用（医療従事者1名1時間超毎）   | 1,650円 |
| その他の費用（事務職員1名1時間超毎）    | 1,100円 |
| 事務経費（複写1枚:20円）         | 20円    |
| 事務経費(フィルムコピー：CD-ROM1枚) | 1,100円 |

《その他》

| 種類                     | 単位 | 金額（税込）  |
|------------------------|----|---------|
| 在宅医療等に係る交通費（ガソリン代）     | km | 110円    |
| 人工透析者食事代               | 食  | 550円    |
| 透析送迎用車代                | 日  | 110円    |
| セカンドオピニオン料金            | 回  | 11,000円 |
| デリシア 検査食（1人前）          | 食  | 990円    |
| ★精神科デイケア食事代            |    | 490円    |
| コピー代                   | 枚  | 10円     |
| 証明写真代                  | 枚  | 50円     |
| 診察券再発行手数料              | 枚  | 100円    |
| ディスプレイ HG-120N         | 個  | 100円    |
| ディスプレイ                 | 枚  | 250円    |
| パワーリハビリ（1～3種類）         | 回  | 330円    |
| パワーリハビリ（4～6種類）         | 回  | 550円    |
| ABO血液型                 | 回  | 996円    |
| 新型コロナウイルス抗原定量検査（自費）    | 回  | 11,792円 |
| 新型コロナウイルス抗原定性検査（自費）    | 回  | 3,300円  |
| 新型コロナウイルスPCR検査（委託）（自費） | 回  | 25,058円 |
| 新型コロナウイルスPCR検査（自院）（自費） | 回  | 20,108円 |
| 陥入爪マチワイヤー矯正法           | 回  | 11,000円 |
| 陥入爪マチワイヤー代             | 回  | 4,400円  |
| 陥入爪マチワイヤー診察料           | 回  | 1,100円  |
| 巻き爪矯正法初診料（1趾につき）       |    | 5,500円  |
| 巻き爪矯正法処置料（1趾につき）       |    | 1,100円  |
| 巻き爪マイスター               | 個  | 5,300円  |
| リネイルゲル                 | 個  | 4,600円  |
| セラバンド                  | 個  | 373円    |

|                                       |   |         |
|---------------------------------------|---|---------|
| ジョブスト アームスリーブ (S / M / L)             | 個 | 7,352円  |
| ジョブスト グローブ (S / M / L)                | 個 | 6,323円  |
| アームリーダー (S / M / L)                   | 個 | 2,200円  |
| キャストシュー                               | 個 | 2,753円  |
| DIBキャブ (箱)                            | 箱 | 9,900円  |
| DIBキャブ (単品)                           | 個 | 990円    |
| DIBキャブ用アタッチメント10個入り (箱)               | 箱 | 13,000円 |
| DIBキャブ用アタッチメント (単品)                   |   | 1,300円  |
| 頸椎ソフトカラー (S / M / L)                  | 個 | 1,114円  |
| 弾性包帯トップ ファインソックス ライト ロング (S / M / L)  |   | 4,476円  |
| 弾性包帯シグマックス AT ストッキング (SS / S / M / L) |   | 3,200円  |

#### 《健康診断料》

| 種類                         | 単位 | 金額 (税込) |
|----------------------------|----|---------|
| 定期健康診断                     | 回  | 9,000円  |
| 肺がん検診                      | 回  | 5,500円  |
| 胃がん検診                      | 回  | 14,300円 |
| 乳がん検診                      | 回  | 10,000円 |
| 脳ドック (メニューA)               | 回  | 18,800円 |
| 脳ドック (メニューB)               | 回  | 21,000円 |
| 乳児・乳幼児健診                   | 回  | 3,300円  |
| 糞便検査3菌腫 (O-157・赤痢菌・サルモネラ菌) | 回  | 2,200円  |
| 便潜血反応検査 (2日法)              | 回  | 1,650円  |
| 腹部超音波検査                    | 回  | 5,830円  |
| 骨密度検査                      | 回  | 1,123円  |
| HbA1c検査                    | 回  | 700円    |
| 総コレステロール                   | 回  | 187円    |
| ALP                        | 回  | 121円    |
| アミラーゼ                      | 回  | 121円    |
| 尿酸                         | 回  | 121円    |
| クレアチニン                     | 回  | 121円    |
| 尿素窒素                       | 回  | 121円    |
| ペプシノーゲンセット                 | 回  | 4,004円  |
| T-SPOT                     | 回  | 7,018円  |
| 甲状腺検査 (FT3・FT4・TSH)        | 回  | 5,500円  |
| 胸部X線検査                     | 回  | 2,310円  |
| 心電図検査                      | 回  | 1,430円  |
| HBs抗原検査                    | 回  | 968円    |
| HBs抗体検査                    | 回  | 1,296円  |
| HCV抗体検査                    | 回  | 1,728円  |
| 抗体検査 (麻疹)                  | 回  | 3,300円  |
| 抗体検査 (風疹)                  | 回  | 3,300円  |
| 抗体検査 (水痘)                  | 回  | 3,300円  |
| 抗体検査 (流行性耳下腺炎)             | 回  | 3,300円  |
| 腫瘍マーカー (CEA)               | 回  | 1,500円  |
| 腫瘍マーカー (AFP)               | 回  | 1,300円  |
| 腫瘍マーカー (CA19-9)            | 回  | 1,600円  |
| 腫瘍マーカー (サイトケラチン19シフラ)      | 回  | 2,000円  |
| 腫瘍マーカー (SCC)               | 回  | 1,500円  |
| 腫瘍マーカー (Pro-GRP)           | 回  | 2,400円  |
| 腫瘍マーカー (PSA)               | 回  | 1,642円  |
| 腫瘍マーカー (CA125)             | 回  | 2,000円  |

#### 《保険外併用療養費について》

長期にわたり入院しておられる患者様への対応を図る視点からその入院が患者様の事情による180日を超える入院である場合、その費用 (入院基本料の15%) を患者様にご負担頂くことになっております。

1. 当院で対象となる病棟 2階東病棟 3階東病棟 3階北病棟
2. 通算入院期間の計算方法  
保険医療機関を退院した後、同一疾病又は負傷により入院された場合の入院期間を通算します。
3. 負担金額  
1日につき 1,001円 (消費税込)

#### 《特別療養環境室の利用について》

個室 (一人部屋) 153室のうち122室を「特別療養環境室」としており、特別な設備を備えた病室であり使用するにあたりその費用を患者様にご負担頂くことになっております。

1. 当院で対象となる病棟 2階東病棟 42室、3階東病棟 42室  
3階北病棟 6室、2階北病棟 6室  
1階西病棟 7室、2階西病棟 19室
2. 負担金額 2階東・3階東病棟：1日につき990円 (消費税込)  
上記以外の病棟：1日につき550円 (消費税込)