

厚生労働大臣が定める掲示事項

1. 入院基本料について

当院の入院基本料及び現に看護を行っている病棟ごとの看護職員（看護師及び准看護師）の数と当該病棟の入院患者の数との割合

病棟名	算定している入院料	1日に勤務している看護職員の数	看護職員1名当たりの受持ち数	
			朝8時30分から夕方16時30分まで	夕方16時30分から翌朝8時30分まで
北2階病棟	一般病棟入院基本料 急性期一般入院料4	12名以上	6名以内	12名以内
南2階病棟	地域包括医療病棟入院料	12名以上	6名以内	12名以内
北3階病棟	回復期リハビリテーション病棟入院料1	9名以上	6名以内	16名以内
南3階東病棟	療養病棟入院基本料1	8名以上	7名以内	13名以内
南3階西病棟	地域包括ケア病棟入院料2	11名以上	6名以内	21名以内

※なお、診療報酬において一定の範囲で傾斜配置することが認められており、実際の日々の入院患者の数に対する看護職員の数と異なることがあります。

2. 入院時食事療養（I）・入院時生活療養費（I）に係る食事療養の実施について

当院は、入院時食事療養（I）及び入院時生活療養費（I）の届出を行っており、管理栄養士または栄養士によって管理された食事を適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しております。

3. 診療明細発行について

当院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、領収書の発行の際に個別の診療報酬の算定項目の分かる「診療明細書」を無料で発行しております。また、公費負担医療等で医療費の自己負担のない方についても「診療明細書」を無料で発行しております。「診療明細書」とは使用した薬剤の名称や行なわれた検査等の名称が記載されるものです。その点ご理解いただき、発行を希望されない方は、収納窓口にご申し出ください。

4. 保険外併用療養費・保険適用外負担について

当院は、以下の項目について利用される場合、その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。
なお、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、一切認められていません。

【保険外併用療養費に関する事項】

- 白内障に罹患している患者様に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る費用（1眼当たり）（消費税込）

項目	金額
多焦点後房レンズ テクニスマルチフォーカル ワンピース	136,990円
多焦点後房レンズ テクニスシンフォニー VB	136,990円
多焦点後房レンズ テクニスマルチフォーカル アクリル	136,990円
多焦点後房レンズ テクニスシンフォニー トリック VB	180,990円
多焦点後房レンズ Clareon PanOptix トリフォーカル	213,990円
多焦点後房レンズ Clareon PanOptix TORIC トリフォーカル	252,490円

※ 白内障に対する水晶体再建に使用する「眼鏡装用率の軽減効果」がある多焦点眼内レンズの費用を自費で、水晶体再建術の費用を医療保険で算定する制度です。

- 上記以外の選定療養に係る費用（消費税込）

項目	金額
長期入院（180日超）に係る特別の料金	2,409円

※厚生労働大臣が定める状態にある場合は、自己負担の対象になりません。

- 室料差額/全室個室（消費税込）

項目	料金（1日につき）	
北2階病棟	610・611・612号室	11,000円
南2階病棟	202・203号室	5,500円
南3階東病棟	502・503号室	5,500円
南3階西病棟	302号室	8,800円
	303・305・306・307号室	5,500円

厚生労働大臣が定める掲示事項

【保険外負担に関する事項】

■ 予防接種に係る費用（消費税込）

項 目	金 額
MR（風疹・麻疹）	10,300円
ムンプス	6,700円
風疹	6,700円
麻疹	6,700円
破傷風トキソイド	4,700円
水痘	7,700円
ビームゲン	5,800円
エイムゲン	8,800円
ニューモバックス（肺炎球菌ワクチン）	8,200円
インフルエンザHAワクチン 0.25mL	3,800円
シングリックス筋注用	21,800円

■ 診断書、証明書等の発行に係る費用（消費税込）

項 目	金 額
院内様式診断書、入院通院・医療費証明書、特定疾患臨床調査個人票（新規・更新）、福祉施設入所用診断書、おむつ・ストマー等証明書、成年後見用診断書	3,300円
身体障害者手帳申請診断書、生命保険・簡易保険・自賠責保険に関する診断書、後遺症診断書、厚生・国民・障害等年金に関する診断書、死亡診断書	5,500円

※ただし、公的保険給付（療養費支給申請書等）を受けるために必要な証明書は、原則として無料です。
 なお、発行元の文書名が上記項目と相違があった場合は、証明内容と照らし合わせ上記項目に準じて費用をいただきます。また、無料の文書であっても再発行の場合、費用をいただく場合があります。

■ 日常生活上必要なサービスに係る費用（消費税込）

品 名	単 位	金 額
尿パッドSS	1枚	40円
尿パッドS	1枚	60円
尿パッドM	1枚	80円
尿パッドL	1枚	130円
フラットタイプ	1枚	70円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）SS	1枚	110円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）S	1枚	110円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）M	1枚	130円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）L	1枚	150円
紙おむつ料（パンツ）S	1枚	120円
紙おむつ料（パンツ）M	1枚	130円
紙おむつ料（パンツ）L	1枚	140円
紙おむつ料（パンツ）LL	1枚	160円
紙おむつ料（パンツ）M～L	1枚	130円
紙おむつ料（パンツ）L～LL	1枚	140円
軟便パッド料	1枚	130円
エプロン 100枚入り（使い捨て）	1箱	1,120円
ガーゼねまき	1枚	2,010円
靴下	1個	310円
ティッシュペーパー	1箱	150円
口腔ケア用品 10本入り（スクワブ）	1セット	380円

■ その他に係る費用（消費税込）

項 目	金 額	金 額
エンジェルセット	1式	5,500円
レントゲンのDVD	1枚	1,800円
診察券再発行料	1枚	100円
コピー代（白黒）	1枚	10円
コピー代（カラー）	1枚	50円