

保険外負担対象項目（文書料以外の項目）

当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

■ 医療・介助以外を目的として使用した物品

紙おむつ（M）	2,500円
紙おむつ（L）	2,670円

■ インフルエンザ等予防接種

成人1回	5,100円
小児1回	4,100円

※小児予防接種についての詳細は小児科窓口に掲示しております。

■ 診療録開示手数料

1回につき	5,500円
-------	--------

■ レントゲン画像 CD-ROM

1枚	1,100円
----	--------

■ 当院における保険外負担対象の治療・薬剤

10ウイルス検査	1回	3,000円
DLST検査	〃	5,200円
アクトヒブ（Hibワクチン）	1本	6,500円
ニューモバックス（肺炎球菌ワクチン）	〃	6,800円
エームゲン・ピームゲン（A型・B型肝炎ワクチン）	〃	8,000円
ダルムスペーススリッチⅢ（検査食） 1箱（3食）	1箱	1,350円

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おりません。