

180 日超えの入院に関する選定療養費について

当院では一般病棟での入院期間が 180 日を超えた日より以下の料金が選定療養費として患者様の実費負担となります。
(別に厚生労働大臣が定める状態にある患者様を除く)

1 日につき 2,785 円 (税込)

リハビリテーションに関する選定療養費について

リハビリテーションに係る「選定療養」とは、医師の判断のもと、患者様が自ら希望して選択し、別途に費用負担をすることで受けることが出来る追加的な医療サービスのことです。

疾患別リハビリテーションの標準的算定日数（保険適用期間）を超えた場合は、月 13 単を限度として保険適用になります。

それを超えてリハビリテーションを行う場合は、選定療養費（保険外）として患者様の実費負担となります。

料金は以下のとおりです。

診療の名称	保険適用期間	負担金額
心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	150日	2,260 円
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	180日	2,700 円
廃用症候群リハビリテーション料 (I)	180日	1,980 円
運動器リハビリテーション料 (I)	150日	2,040 円
呼吸器リハビリテーション料 (I)	90日	1,930 円

※金額は全て税込です

保険外負担に関するお知らせ

当院では以下の事項について、その使用量・利用回数に応じた実費負担をお願いいたしております。

1. 紙オムツ（1 枚につき）	250 円
パンツ型オムツ（1 枚につき）	340 円
2. フラットタイプオムツ	95 円
尿取りパッド（ワイドタイプ）	120 円
尿取りパッド（長時間用）	185 円
3. 文書料（主なもの）	
病院診断書（1 通）	5,500 円
入院証明書（1 通）	8,800 円
4. 手提げ袋	6 円
5. 選択メニュー食（1 食につき）	25 円

※金額は全て税込です

なお、介護料・衛生材料費・施設管理費・雑費等の費用徴収は一切行っておりません。