

保険外負担に関する料金一覧

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

日常生活上のサービスに係る費用（税込）

A S ケア タブレット	1 袋につき	126.5
T 字カミソリ	1 本につき	88.0
T 字帯	1 枚につき	385.0
おしりふき	1 袋につき	143.0
おむつ（パンツ式含む） S サイズ	1 枚につき	89.1
おむつ（パンツ式含む） M サイズ	1 枚につき	79.2
おむつ（パンツ式含む） L サイズ	1 枚につき	92.4
尿とりパッド	1 枚につき	49.5
ネオフィード 栄養セット	1 本につき	77.0
ネオフィード 栄養ボトル	1 個につき	286.0
ネオフィードシリンジ カテーテル用テーパー 2 0 m L	1 本につき	66.0
ネオフィードシリンジ カテーテル用テーパー 5 0 m L	1 本につき	88.0
ハミンググッド	1 本につき	22.0
フラット（G ライフフリー吸収シート）	1 枚につき	22.0
ボックスティッシュ	1 箱につき	77.0
ゆかた M サイズ / L サイズ	1 着につき	2000.0
リハビリパンツ M サイズ	1 枚につき	66.0
リハビリパンツ L サイズ	1 枚につき	72.6
病衣クリーニング（病衣貸出希望者）	1 枚につき	150.0
バスタオル貸出料（温熱療法治療時の希望者）	1 枚につき	50
フェイスタオル貸出料（温熱療法治療時の希望者）	1 枚につき	50
病衣貸出料（温熱療法治療時の希望者）	1 枚につき	70

衛生材料（税込） ※当院以外の自宅等で使用する場合

IV 3 0 0 0 ドレッシングワンハンドタイプ（10×12）	1 枚につき	165.0
オブサイト P o s t - O p II 6.5cm×5cm	1 枚につき	50.6
スワブスティック（ヘキシジン）M	1 包につき	51.7
キュティボアプラス S	1 枚につき	127.6
キュティボアプラス M	1 枚につき	167.2

その他（税込）

インフルエンザ予防接種代（一般の方）	1 回に限り	3,500
インフルエンザ予防接種代（65才以上、都城市又は三股町在住助成対象者）	1 回に限り	1,400
インフルエンザ予防接種代（65才以上、県内在住者都城市・三股町以外）	1 回に限り	市町村別
ノロウイルス検査代（希望者）	1 回に限り	3,000
セカンドオピニオン相談料	30分毎に	5,500
診療録開示手数料	1 回につき	5,500
診療録開示に伴う医師説明料	30分毎に	3,300
診療録開示に伴う画像提供料	1 枚につき	1,650
診療録開示に伴うカラーコピー（片面につき）	1 枚につき	80
診療録開示に伴う白黒コピー（片面につき）	1 枚につき	30
在宅医療に係る交通費（往復分）	1 km あたり	50
メディセーフ針ファインタッチ用（30本入）※在宅自己注射患者除く	1 箱につき	341.0
メディセーフフィットチップ（30個入）※在宅自己注射患者除く	1 箱につき	2,554.2

その他（非課税）

付き添い用ベッド貸出料	1 泊につき	200
-------------	--------	-----

ストーマパウチ（非課税）

エスティームモルダブル M サイズ	1 箱につき	5,500
エスティームモルダブル L サイズ	1 箱につき	5,500
ノバ1 フォールドアップ X 3	1 箱につき	8,500
ノバ1 フォールドアップ X 5	1 箱につき	9,000
センシュラミオ1 ソフト	1 箱につき	8,500
センシュラミオ1 ディープ	1 箱につき	9,900
やわびた	1 箱につき	9,800
ブラバ モルダブルリング	1 箱につき	2,200
ブラバ スティックペースト	1 箱につき	2,000
ブラバ パウダー	1 本につき	1,000
アダプト 消臭潤滑剤236m l	1 本につき	2,000
アダプト 保護膜バック	1 箱につき	2,000
プロケアー リムーバー	1 箱につき	2,200