

当院では、以下の項目について
自費の負担（保険診療外負担）をお願いしています。

（消費税を含む価格）単位：円）

項 目	金 額
オムツ S	130
オムツ M	140
オムツ L	150
オムツ L L	180
シート（大）	200
リハビリパンツ S～M	130
リハビリパンツ M～L	150
リハビリパンツ L L	200
付き添い用寝具セット（1日）	500
デルマポア1号（持帰り）	30
デルマポア2・3号	50
デルマポア4号	100
デルマポア5号	120
デルマポア6号	150
バイアテン（皮膚保護剤）	300
処置用ガーゼ（持帰り）	30
内視鏡検査時鎮静剤使用	800
血液型検査	1,500
大腸検査等の検査食	1,700
大腸カメラ時器材（コールドスネア）	3,000
大腸カメラ時器材（バイポーラスネア）	13,000
妊娠反応検査	1,500
リブレ（血糖測定器）	7,000
弾性ストッキング	7,000

※ 入院セットにつきましては別紙を参照してください

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。