

中部徳洲会病院 院内掲示

令和7年8月1日現在

※ 厚生労働大臣の定める掲示事項は、下記のとおりです。

- 1. 厚生労働大臣が定める事項による保険診療を行っている保険医療機関です。
- 2. 厚生労働大臣から指定されたDPC病院です。(DPC標準病院群 医療機関係数1.5944)
- 3. 当院は（日勤、夜勤あわせて）入院患者様7人に対して1人以上の看護師がいます。  
入院患者様25人に対して1人以上の看護補助者がいます。入院患者様50人に対して1人夜間看護補助者がいます。
- 4. 患者様の負担による付き添い看護は行っていません。家族等の付き添いは特別な 事情がある場合に限り、認められることがあります。
- 5. 薬剤師による入院患者様に対する服薬指導を行っております。  
管理栄養士による患者様に対する栄養食事指導を行っております。
- 6. 入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士又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）、適温で提供しています。

| 食事療養の患者様負担額（1食につき）   |      |
|----------------------|------|
| 一般                   | 510円 |
| 低所得者（Ⅱ）（市町村民税非課税世帯等） |      |
| ○90日目までの入院           | 240円 |
| ○90日目以降の入院           | 190円 |
| 低所得者（Ⅰ）（老齢福祉年金受給権者）  | 110円 |

- 7. ① 同一疾病（当院、他院問わず）による通算の入院期間が180日を超える場合、以降の期間について保険外併用療養費（実費）として1日につき2,530円の負担をお願いしております。
- ②初診時の特定療養費（実費）として、初診／医科7,000円／再診3,000円の負担をお願いしております。  
初診／歯科5,000円／再診1,900円の負担をお願いしております。
- ③リハビリ算定日数上限を超えた患者様に対して、下記の選定療養費（実費）として負担をお願いしております。  
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）：2,450円  
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）：1,850円  
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）：1,750円

- 8. 以下の項目について、その利用回数等に応じた実費の負担をお願いしております。

① 特別療養環境の提供（個室料 1日につき）

| 個室区分  | 差額室料    | 部屋数 | 部屋番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 室内環境                                                   |
|-------|---------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 一般個室A | 5,500円  | 79  | 【5西（11床）】<br>501～503・506～511・515・519<br>【5東（10床）】<br>524・528・531・534～537・540～542<br>【6西（9床）】<br>601～603・606～609・615・618<br>【7西（10床）】<br>701～703・706～709・712・715・719<br>【7東（9床）】<br>728・731・734～737・740～742<br>【8階（9床）】<br>801～803・824・827・830～833<br>【9西（9床）】<br>901～903・906～909・915・919<br>【9東（10床）】<br>924・928・931・934～937・940～942<br>【10東（2床）】<br>1037・1040 | テレビ（有料）・冷蔵庫<br>バス・トイレ・椅子・小机<br>洗面台・ロッカー・床頭台            |
| 一般個室B | 5,500円  | 13  | 【5西（1床）】518・【5東（1床）】525<br>【7西（1床）】718・【7東（1床）】725<br>【9西（1床）】918・【9東（1床）】925<br>【10東（7床）】<br>1023・1033～1036・1041～1042                                                                                                                                                                                                                                         | バス（シャワー）無し<br>テレビ（無料）・冷蔵庫<br>トイレ・椅子・小机<br>洗面台・ロッカー・床頭台 |
| 特別個室A | 16,500円 | 1   | 【6西（1床）】619                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | テレビ（無料）・冷蔵庫<br>ソファ・小机・洗面台<br>ロッカー・床頭台・バス<br>トイレ（別々）    |
| 特別個室B | 11,000円 | 4   | 【5西（1床）】520・【5東（1床）】523<br>【7西（1床）】720<br>【9東（1床）】923                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | テレビ（無料）・冷蔵庫<br>ソファ・小机・洗面台<br>ロッカー・床頭台<br>バス、トイレ（別々）    |

※ 電話料金は別途（実費分）

② 紙おむつ（税込）

| 商 品              | 価格（1枚） | 名 称         | セットパターン | 価 格 |
|------------------|--------|-------------|---------|-----|
| 横モレ安心テープ止め       | 70円    | 陰部洗浄（洗浄液込み） | A       | 45円 |
| 外もれ安心パッド男女兼用（昼用） | 35円    |             | B       | 20円 |
| 一晩安心さらさらパッド（夜用）  | 55円    |             | C       | 35円 |
| リハビリパンツ          | 90円    |             | D       | 40円 |

③ 口腔ケア用品

| 名 称          | 内 容  | 価 格      |
|--------------|------|----------|
| 口腔ケア用スポンジ    | 30本  | 440円（税込） |
| 歯ブラシ         | 1本   | 130円（税込） |
| リフレケアH 保湿剤   | 30g  | 920円（税込） |
| マウスウォッシュ 洗口剤 | 240m | 640円（税込） |

④ 文書料 1通につき

|               |          |
|---------------|----------|
| ・病院所定診断書      | 2,750円   |
| ・年金診断書        | 3,850円   |
| ・身体障害診断書      | 3,850円   |
| ・自賠責保険診断書・明細書 | 各 6,380円 |
| ・自賠責後遺障害診断書   | 6,380円   |
| ・死亡診断書        | 3,850円   |
| ・簡易診断書        | 1,320円   |
| ・治癒証明書        | 1,320円   |
| ・領収証明書        | 550円     |

※ その他、各診断書にて金額が異なります。

※ 上記の金額は内税表示となっています。

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』についての費用や『施設管理費』等の名目での費用の徴収は、法令により定められておりませんので、実費の負担をお願いすることはありません。