

管理者名 病院長 中島 康晴

1. 診療時間

受付時間(一般患者)

初診 8:30～11:00
再診(窓口) 8:20～17:00
再診(自動再来受付機) 8:15～17:00

診療時間(一般患者) 9:00～17:00

休診日：土曜日、日曜日、祝祭日、12/29～1/3

※予約患者さんの受付及び診療時間は各診療科へご確認ください。
い、なお、回診のため、診療開始時間が遅れることがありますのでご了承ください。

2. 入院基本料

本院は、特定機能病院入院基本料の施設基準を満たしています。一般病棟では、入院患者7人に対し1人以上の看護職員がいます。精神病棟では、入院患者13人に対し1人以上の看護職員がいます。
※看護職員のうち70％以上は看護師という基準を満たしていません。本院では患者さんの負担による付添い看護を認めておりません。

3. DPC対象病院について

当院は入院医療費の算定にあたり、包括評価と出来高評価を組み合わせて計算する「DPC対象病院」となっております。

医療機関別係数：1.7609

(基礎係数 1.1245 + 機能評価係数Ⅰ 0.5505 + 機能評価係数Ⅱ 0.0805 + 救急補正係数 0.0054)

4. 入院時食事療養

本院は、入院時食事療養(Ⅰ)の承認を受けています。管理栄養士によって管理された給食を適時(夕食については午後6時以降)、過温で提供します。また、選択メニューを実施しています。

5. 保険外負担

本院は、法令の規定に基づかず患者さんから費用の支払いを受けることはありませんが、本院諸料金規程に基づく次のものは保険外負担となっています。

(1)紹介状なしの場合の負担額

初診時 医科:7,700円(7,000円)
歯科:5,500円(5,000円)

再診時(自己の都合による場合)

医科:3,300円(3,000円)
歯科:2,090円(1,900円)

(消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合は括弧内の料金とする。)

※救急車による搬送患者、国の公費負担医療制度の受給対象者等により来院された場合にあっては該当しません。

(2)後発医薬品を処方・調剤できる場合であって、患者希望により先発医薬品を処方・調剤し、当該処方等が、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第2条第15号に規定する後発医薬品のある同号に規定する先発医薬品の処方等又は調剤に係る療養に該当する場合、当該先発医薬品の薬価から後発医薬品の薬価を控除して得た額に2分の1を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に10円を乗じて得た額に消費税相当額を加算した料金の額を徴収する。

(3)長期入院のために選定療養の対象となった患者については、負担額の所定点数に10円を乗じた額から保険外併用療養費を控除し、その額に消費税相当額を加算した料金の額を徴収する。

(4)差額室料

○特別室S(1人室):110,000円/日 1室
(南棟11階:1111)

○特別室A(1人室):55,000円/日 2室
(南棟11階:1112,1113)

○特別室B(1人室):13,200円/日 12室
(南棟11階:1106,1107,1108,1110,1115,1116,1117,1118,1120,1121,1122,1123)

○特別室C(1人室):9,900円/日 17室
(南棟6階:658,660)(南棟7階:708,756)
(南棟8階:807,808)(南棟9階:973)
(南棟10階:1008)(南棟11階:1158)(北棟7階:708)
(北棟8階:813,857)(北棟9階:913,958)
(北棟10階:1008,1058)(北棟11階:1108)

○特別室D(1人室):8,250円/日 134室
(南棟5階:507,508,510)
(南棟6階:607,608,613,615,616,617,618,620,621,662,663,665,666,670,671,672,673,675)

(南棟7階:713,715,716,717,718,720,760,761,762,763,765,766,767,768)

(南棟8階:858,860,863,865,866,868,870,871,872,873,875)

(南棟9階:912,913,920,921,922,958,960,968,970,971,972)

(南棟10階:1007,1013,1015,1016,1017,1018,1020,1058,1060,1065,1066,1067,1068,1070)

(南棟11階:1151,1157,1162,1163,1165,1166,1167,1168,1170,1171)

(北棟3階:307,308,312,313,315)

(北棟7階:707,710,711,715,716,717,718,757,775,776)

(北棟8階:807,812,818,820,821,862,863,868,870,871)

(北棟9階:907,912,918,920,957,963,965,970,971,972)

(北棟10階:1007,1013,1015,1020,1021,1022,1057,1063,1065,1070,1071,1072)

(北棟11階:1107,1113,1115,1120,1121,1122)

○特別室E(1人室):5,500円/日 35室
(南棟6階:622,667,668,676)
(南棟7階:721,722,770,771)
(南棟8階:818,820,821)

(南棟9階:923,925,963,965,966)

(南棟10階:1021,1022,1071,1072)(北棟7階:720)

(北棟8階:815,816,817,865,867)

(北棟9階:915,916,917,967,968)

(北棟10階:1017,1018,1067,1068)

○特別室F(1人室):3,740円/日 3室
(ウエストウィング病棟:151,152,153)

○準個室(窓側):1,980円/日 4床
(北棟8階:858,860の窓側病床)

○準個室(廊下側):1,650円/日 4床
(北棟8階:858,860の廊下側病床)

(5)文書料(法令に基づき無料で交付すべきものを除く)

○診断書料 :2,200円(2,000円)/通

○死亡診断書(死体検案書)料 :5,500円/通

○特殊診断書料:7,700円/通 ○証明書料:2,200円/通

○特殊証明書料特定医療(指定難病)診断書料 :5,500円(5,000円)/通

○小児慢性特定疾病診断書(医療意見書)料 :5,500円(5,000円)/通

○肝炎治療特別推進事業診断書料 :5,500円(5,000円)/通

○肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業診断書料 :5,500円/通

○先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書料 :5,500円/通

○黄熱予防接種国際証明書料 :1,100円/通

(・消費税法で非課税とされる療養若しくは医療又はこれらに類するものとしての資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金とする。)
(・文書を郵便により交付する場合、当該郵送に必要な日本郵便株式会社が定める第一郵便物又は国際郵便の料金を加算する。)

(6)分べん介助料

1)分べん終了時刻が平日(休日以外の月曜日～金曜日)の診療時間内 :270,000円

一児を超えるときの一児ごとの加算額 :190,000円

2)分べん終了時刻が平日の診療時間外及び休日(行政機関の休日に関する法律(昭和63年法律第91号)第一条第一項各号に掲げる日)(ただし、深夜を除く。):320,000円

一児を超えるときの一児ごとの加算額 :210,000円

3)分べん終了時刻が深夜 :330,000円

一児を超えるときの一児ごとの加算額 :230,000円

[加算項目]

無痛分べん加算(無痛分べん基本料):50,000円/回

無痛分べん加算(管理料・5時間以内):15,000円/回

無痛分べん加算(管理料・10時間以内):25,000円/回

無痛分べん加算(管理料・10時間を超える場合):35,000円/回

(7)子宮頸管熱化剤 プロウベス膣用錠10mg
(1回につき) :22,500円
(8)新生児室料(1日につき) :1,790円
(9)新生児介補料(1日につき) :3,810円
(10)乳児検診料(1回につき) :3,930円
(11)新生児の先天性代謝異常検査用採血料
(一児1回につき) :2,500円
(12)AABR検査料(自動聴性脳幹反応検査) :5,500円(5,000円)
(13)胎児基本超音波検査(1回につき) :1,750円
(14)胎児精密超音波検査(1回につき):5,500円
一児を超えるときの一児ごとの加算額 :2,750円
(15)妊娠前カウセリング料(1時間まで):5,500円
1時間を超えるときは30分を増すごとに:2,750円
(16)不妊カウセリング料 :1,950円
(17)ART説明料
1時間まで :5,170円
1時間を超えるときは30分を増すごとに:2,600円
(18)超音波検査(不妊治療)(1回につき):1,800円
(19)体外受精・胚移植料
培養料(IVM) :37,600円
胚移植料(2段階目) :32,000円
卵子凍結料 :111,000円
凍結保管料(1年間) :10,400円
ドライシッパー使用料(1回につき) :15,000円
(20)子宮内リング
子宮内リング挿入(リング代共) :44,000円
子宮内リング抜去 :22,000円
(21)面談料(1回につき) :5,500円
(22)セカンドオピニオン料
1時間まで :33,000円
1時間を超えるときは20分を増すごとに :11,000円

(23)オンライン診療に伴う療養の給付とは直接関係のないサービス等の費用 1回につき:550円
(文書を郵便により交付する場合、当該郵送に必要な日本郵便株式会社が定める第一郵便物又は国際郵便物の料金を加算する。)

(24)通訳料
1時間まで :5,000円
1時間を超えるときは30分を増すごとに:3,000円
(通訳料は規程第2条第1項第2号に規定する料金及び規定別表中16に規定する料金を徴収する場合に限り算定する。)

(25)翻訳料(1文書につき) :8,800円

(26)遠隔医療相談料 :110,000円

(27)渡航外来相談料 :3,210円

(28)予防接種料(1回につき)
不活化ポリオワクチン(1回目)*:9,770円
不活化ポリオワクチン(2回目,3回目又は4回目)*:7,000円

5種混合ワクチン(DPT-IPV・Hib)(1回目):20,600円

5種混合ワクチン(DPT-IPV・Hib)
(2回目,3回目又は4回目)1回につき:17,800円

4種混合ワクチン(DPT-IPV)(1回目)*:11,400円

4種混合ワクチン(DPT-IPV)
(2回目,3回目又は4回目)*:8,600円

3種混合ワクチン(DPT)*#:8,520円

2種混合ワクチン(DT)*#:5,960円

麻しんワクチン*#:6,730円

風しんワクチン*#:6,570円

麻しん・風しん混合ワクチン*#:9,560円

日本脳炎ワクチン*#:7,020円

BCGワクチン*#:6,480円

ツベルクリン反応検査 :4,300円

水痘ワクチン :7,940円

帯状疱疹ワクチン :21,800円

A型肝炎ワクチン :16,900円

B型肝炎ワクチン0.5 :6,000円

B型肝炎ワクチン0.25 :5,900円

破傷風トキソイド :4,140円

狂犬病ワクチン :15,800円

おたふくかぜワクチン :6,640円

予診のみ :3,170円

インフルエンザHAワクチン(A):5,260円

インフルエンザHAワクチン(小)*1:5,320円

インフルエンザワクチン(フルミスト)1回につき

肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)*2 :5,540円

肺炎球菌ワクチン(プレベナー):8,450円

(1回目)1回につき :11,600円

肺炎球菌ワクチン(パクニュバンス)
(2回目,3回目又は4回目)1回につき:9,620円

肺炎球菌ワクチン(キャップバックス)1回につき :14,000円

Hibワクチン(1回目) :9,080円

Hibワクチン(2回目,3回目又は4回目):6,320円

子宮頸がん予防ワクチン(1回目)
ガーダシル又はサーバリックス :15,900円

シルガード9 :26,600円

子宮頸がん予防ワクチン(2回目,3回目)1回につき

ガーダシル又はサーバリックス :13,600円

シルガード9 :24,200円

ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン(経口接種) :14,800円

髄膜炎ワクチン(メンクアッドフィ筋注) :23,200円

黄熱ワクチン :18,300円

組換えRSウイルスワクチン(アレックスビー)1回につき :25,500円

組み換えRSウイルスワクチン(アプリスボ)1回につき :30,000円

新型コロナウイルスワクチン(コナチナ筋注シリンジ12歳以上)1回につき :16,500円

予約制です。*印や*1印、*2印がついたワクチンにつきましては、下記の備考をご参照ください。

備考：#不活化ポリオワクチン(1回目)、不活化ポリオワクチン(2回目,3回目又は4回目)、DPT-IPV(4種混合)(1回目)、DPT-IPV(4種混合)(2回目,3回目又は4回目)、DPT(3種混合)、DT(2種混合)、麻しん、風しん、麻しん・風しん混合ワクチン、日本脳炎、BCGの各ワクチン

につきましては、1)医学的な理由のため一般の医療機関等での接種が受けにくい、2)福岡県内に在住、3)定期予防接種の対象年齢である、4)かかりつけ医からの福岡県予防接種センター所定の紹介状を持参(初診時のみ)の条件を全て満たす場合は、福岡県予防接種センターでの接種となり、自己負担はありません。

*1小児科でのインフルエンザワクチン接種は、ハイリスクの小児科患者さんとその家族の方のみに行います。

*2ハイリスクを伴う方への任意接種のため一般の方への予防接種は行っておりませんのでご了承ください。

(29)がんゲノム外来受診料 :33,000円

(30)遺伝カウンセリング料
(初回) :4,580円(30分ごと)
(2回目以降) :2,970円(30分ごと)

(31)内視鏡下噴門形成手術料 :187,000円

(32)アップニークミニ点眼液0.1% :3,580円

(33)白内障に対する水晶体再建術における多焦点眼内レンズ
Clareon PanOptix Trifocal Autono 1枚につき :220,000円

Clareon PanOptix Toric Trifocal 1枚につき :258,000円

テクニス オデッセイ オプティブルー Simplicity 1枚につき :214,000円

テクニス オデッセイ トーリック II VB Simplicity 1枚につき :223,000円

テクニス ピュアシー オプティブルー Simplicity 1枚につき :247,000円

テクニス ピュアシー トーリック II VB Simplicity 1枚につき :270,000円

(34)先進医療
1 全身性エリテマトーデスに対する初回副腎皮質ホルモン治療におけるコピドクレル硫酸塩、ヒタバスタチンカルシウム及びトコフェロール酢酸エステル併用投与の大腿骨頭壊死発症抑制療法
入院中の投与 入院初日 :2,500円
入院2日目以降1日につき:450円

外来での投与 :890円/回
投与日数1日ごとの加算額:360円

2 テゾロミド用量強化療法 :3,700円(11-スにつき)

3 ウイルスに起因する難治性眼感染症疾患に対する迅速診断(PCR法) :25,000円

4 細菌又は真菌に起因する難治性眼感染症疾患に対する迅速診断(PCR法):25,000円

5 抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査 :48,000円/回

6 化学放射線療法後の術前後デュルバルマフ療法 :4,690円(11-スにつき)

7 S-1+パクリタキセル経静脈腹腔内投与併用療法 :49,200円(11-スにつき)

8 術前のゲムシタピン静脈内投与及びナブパクリタキセル静脈内投与の併用療法 :2,400円

9 抗ネオセリフβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査 :28,800円

10 生体肝移植術 切除が不可能な肝門部胆管がん :122,478円

11 生体肝移植術 切除が不可能な転移性肝がん :2,6323,000円

12 反復経頭蓋磁気刺激療法うつ病:1,212,950円
(急性期において当該療法が実施された患者に係るものであって、薬物療法に抵抗性を有するものに限る。)

13 腹腔鏡下卵巣悪性腫瘍手術 :494,300円

14 シクロホスファミド静脈内投与及び自家末梢血幹細胞移植術の併用療法

15 シクロホスファミド静脈内投与療法

(35)患者申出療養
マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療(NCCH1901) :368,000円

(36)診療録等複写料(電子式複写):20円(19円)/枚
(消費税法で非課税とされる療養若しくは医療又はこれらに類するものとしての資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金とする。)

(37)CD-R複写料 :1,100円(1,000円)/枚
(消費税法で非課税とされる療養若しくは医療又はこれらに類するものとしての資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金とする。)

(38)DVD複写料 :1,370円(1枚につき)

(39)フィルム出力料基本料 :2,660円
[加算項目] 半切:3,850円/枚,大四切:2,750円/枚

(40)交通事故における自費診療 :20円(診療報酬点数表1点につき)

(41)外国に生活の本拠を有する者のうち、日本の健康保険資格を有していない者の診療 :30円(診療報酬点数表1点につき)

(42)治験に係る診療 :10円(診療報酬点数表1点につき)

(43)死後処置料 [加算項目]
セーフティセット膣用使用時加算:840円
寝巻使用時加算 :1,760円

(44)助産師外来受診料 :2,200円

(45)妊娠と薬の相談料 :11,000円

(46)妊婦定期検診料 初診:8,000円/再診:6,000円

(47)リンパ浮腫外来マッサージ(40分) :6,600円
[加算項目] 60分 :9,900円

(48)パラフィン標本(薄切)作製料(1枚目):530円
(2枚目以降):230円

(49)検査料
HBVサブジェノタイプ判定検査 :17,600円

HBV分子系統解析検査 :27,500円

シトステロール血症検査 :6,990円

尿中ウロン酸定量・分画検査 :22,000円

網膜がん遺伝子検査(1回につき) :545,000円

検体組織の状態等に起因する検査中止の場合 :147,000円

がんゲノムレポートプラス :1,030,000円

検体組織の状態等に起因する検査中止の場合 :147,000円

がんゲノムレポート(MSI検査付) :630,000円

検体組織の状態等に起因する検査中止の場合 :147,000円

CANCERPLEX :638,000円

検体組織の状態等に起因する検査中止の場合 :143,000円

血液がんパネル検査 DISCAVar :199,000円

オンコタイプDX :442,000円

MSK-IMPACT検査 :687,000円

検体不備で検査不能の場合 :306,000円

MSK-IMPACT検査(Germine変異解析オプション付) :774,000円

検体不備で検査不能の場合 :306,000円

HLA遺伝子型検査 :53,400円