

# 保険外負担について

## ○室料 \*別途費用が必要となるもの

患者様の使用申し出により、以下の室料となります。

3,000円〔201号室(1人)・202号室(1人)・

R06号室(1人)・R13号室(1人)〕

1,000円〔R10号室(1人)・R11号室(1人)・R12号室(1人)〕

【金額はすべて税込】

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

- ・病衣 70円(1日につき)
- ・パイルシーツ 50円(1日につき)
- ・歯ブラシ(口腔内訓練用) 100円
- ・舌ブラシ 400円
- ・デンタルブロック 600円
- ・下肢血栓予防ソックス 1,730円
- ・杖 2,500円
- ・上履き靴(リハビリ) 6,000円

【金額はすべて税込】

医療法人 弘仁会

中津脳神経外科病院