

初診時・再診時の選定療養費についてのお知らせ

当医療センターでは、他の医療機関からの紹介状をお持ちでなく直接来院された患者様に、「選定療養費」をご負担いただいております。

「選定療養費」とは、一定規模の病床数を有する地域医療支援病院を受診する場合には、原則として、初診時又は再診時に患者様にご負担いただく費用です。

この制度に基づく、初診時および再診時の選定療養費は、下記の料金となります。

当医療センターは、地域の医療機関と連携することにより、患者様の状態に応じた適切な医療を提供するためにも、地域住民の皆様には、まず「かかりつけ医」を受診することをお願いし、紹介状のご持参をお願いいたします。

内 容	料 金
【初診時選定療養費】他の医療機関からの紹介状を持たずに当医療センターを初診で受診される場合	5,500円 (消費税含む)
【再診時選定療養費】当医療センターが他の医療機関に対して紹介を行ったにもかかわらず、引き続き当医療センターを受診される場合（その都度）	2,750円 (消費税含む)

【以下に該当する方は選定療養費ご負担の対象外となります】

- 他の診療所（かかりつけ医）からの紹介状のある方
- 緊急性が高く救急車で搬送された方
- 外来受診後そのまま入院となった方
- 当医療センターの他の診療科に通院中の方
- 当医療センターの治験を協力された方
- 生活保護や特定の疾患等により各種公費負担の対象となっている方



選定療養費をご負担いただく公費	選定療養費をご負担いただかない公費等
乳幼児福祉医療、子供医療、母子医療、父子医療、老人福祉医療、一人暮らし寡	県身障医療、市身障医療、県重度身障医療、市重度身障医療、生活保護、更生医療、原爆医療、精神通院医療、育成医療、肝炎、特定疾患、小児慢性特定疾患、措置、結核、災害により被害を受けた患者、労働災害・公務災害・交通事故の患者



近江八幡市立総合医療センター
Omihachiman Community Medical Center

〒523-0082

滋賀県近江八幡市土田町 1379 番地

TEL 0748-33-3151 FAX 0748-33-4877

当センターで医療を受けられる方の権利

1. 人権が尊重され、良質で適切かつ安全な医療を、平等・公正に受けることができます。
2. 自分で受ける医療について説明を受け、検査や治療方法などを自分で選ぶことができます。
3. 診断や治療について、他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることができます。
4. 診療情報の提供、または診療記録の開示を求めることができます。
5. 診療上の個人情報やプライバシーが守られる権利があります。