

紹介状がなく受診される場合の自己負担について

-選定療養費-

▶ 初診時 7,000円
(歯科5,000円)

▶ 再診時 3,000円
(歯科1,900円)

※税込

かかりつけ医療機関やクリニックを受診し、紹介状をお持ちくださるようお願いいたします。

なお、他の医療機関へ紹介後、紹介状を持参せずに患者さん自身の判断で受診した場合も選定療養費の対象です。

以下の場合には選定療養費の対象外です。

- 救急搬送患者
- 国、地方単独(事業の趣旨が特定の障害や疾病等に着眼しているものに限る)の公費負担医療の受給者 ※ただし、子育て支援医療証(乳幼児医療費助成制度)、ひとり親(母子)家庭等医療費助成制度は選定療養費の対象
- HIV感染者
- 当院の他の診療科からの紹介患者
- 特定健診やがん検診等の結果、精密検査の指示があった患者
- 外来受診後にそのまま入院した患者
- 災害により被害を受けた患者
- 治験協力者、労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- その他、当院を直接受診する必要性を特に認めた患者