外来医療費について

一般財団法人
住友病院

◆　ご　注　意　◆

●記載している金額についてはモデルケース（平日、時間内）による概算額を表示しておりますので、実際のお支払金額とは異なる場合があります。
あくまでも、目安額としてご参考にしてください。

●お支払概算金額は健康保険での患者様の３割負担額を記載しております。

●健康保険の種類により患者様の負担割合が異なる場合がありますので、お持ちの健康保険証をご確認ください。

●公費負担の医療証をお持ちの方は、それぞれの医療証に定める計算方法となります。

●平成２６年４月厚生労働省による診療報酬改定により、金額を変更しております。
（本概算額はH２８年３月末まで有効）　　平成２６年９月１日現在

主な項目	名　称	お支払概算金額 （健康保険での3割負担額）
初診／再診料	初診料（紹介状有り）	850円
	初診料（紹介状なし）（初診に係る選定療養費を含む）	4,090円 （平成27年10月からは4,150円）
	外来診療料（再診料）	220円
お薬の処方箋料	処方箋料（※1）	210円
検査（生体検査）	腹部エコー（超音波）検査	1,600円
	心臓エコー（超音波）検査	2,700円
	乳腺エコー（超音波）検査	1,050円
	心電図検査	400円
	ホルター型心電図検査	4,500円
	呼吸機能検査	1,000円
	骨塩定量検査	1,400円
	胃内視鏡（ファイバー）検査	4,000円
	胃内視鏡（ファイバー）検査（病理組織検査１臓器有り）	10,000円
	大腸内視鏡（ファイバー）検査	6,000円
	大腸内視鏡（ファイバー）検査（病理組織検査１臓器有り）	12,000円

主な項目	名　称	お支払概算金額 （健康保険での3割負担額）
画像診断検査	CT撮影（造影剤使用なし）	5,000円
	CT撮影（造影剤使用）（※2）	8,000円～17,000円
	心臓CT撮影（造影剤使用）	13,000円
	MRI撮影（造影剤使用なし）	7,000円
	MRI撮影（造影剤使用）（※2）	11,000円～15,000円
	胃透視造影（バリウム）	5,500円
	注腸検査	7,000円
	マンモグラフィ（乳房X線撮影）	2,500円
	胸部レントゲン撮影（フィルム2枚使用）	1,200円
	腹部レントゲン撮影（フィルム2枚使用）	1,200円
核医学検査	RI　脳IMP（パーヒューザミン167Mbq）	23,000円
	RI　心筋血流（マイオビュー740Mbq）	24,000円
	RI　骨・全身（クリアボーン740Mbq）	18,000円
	RI　肺血流（ラングシンチTc－99m185Mbq）	11,000円
	RI　肺換気（クリプトンジェネレータ）	19,000円
	RI　心筋血流（カーディオライト600Mbq）	25,000円
	RI　腎血流動態（MAGシンチ333Mbq）	18,000円
	RI　心筋・交感神経（ミオMIBG111Mbq）	21,000円
	RI　ガリウム・全身（クエン酸ガリウム74Mbq）	16,000円

※1　当院は原則、院外処方となっておりますので、お薬の料金は調剤薬局でのお支払になります。

※2　造影剤の種類によりお支払金額が異なります。