

医科点数表等に規定する回数を超えて診療を希望する患者さんへのお知らせ

(別に厚生労働大臣が定めるもの)

検査

悪性腫瘍であることが強く疑われる患者さんに対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に1回限り保険適用になりますが、それを超えて検査を行う場合は、保険外併用療養費『選定療養（保険外）』として自己負担していただきます。料金は下記の通りです。

α-フェトプロテイン（AFP）	1回につき	1,180円（税込）
癌胎児性抗原（CEA）	1回につき	1,160円（税込）
前立腺特異抗原（PSA）	1回につき	1,430円（税込）
CA19-9	1回につき	1,430円（税込）

※患者さんの不安を軽減する必要がある場合のみ算定を認められます。

リハビリ

疾患別リハビリテーションの標準的算定日数（保険適用の期間）を超えた場合は、月13単位を限度として保険適用になりますが、それを超えてリハビリテーションを行う場合は、保険外併用療養費『選定療養（保険外）』として自己負担していただきます。料金は下記の通りです。

脳血管疾患等リハビリテーション料（1）	1単位につき	2,700円（税込）
運動器リハビリテーション料（1）	1単位につき	2,040円（税込）
呼吸器リハビリテーション料（1）	1単位につき	1,930円（税込）

※患者さんの治療に対する意欲を高める必要がある場合のみ算定を認められます。

上記の診療を行うためには、患者さんからの実施のお申し出により、条件に該当するかを医師が判断し、実施する事が必要と認めた場合、患者さんから実施についての同意を文書でいただくことが必要となります。

何かご不明な点がございましたら、窓口にておたずねください。

