

医科点数表等に規定する回数を を超えて受けた診療に関する 事項

当院では、以下の事項について、実費での負担をお願いしています。

制限回数を超えて受けた診療	徴 収 金 額
α —フェトプロテイン（AFP）	1,070 円
癌胎児性抗原（CEA）精密測定	1,050 円
前立腺特異抗原（PSA）	1,300 円
CA19-9	1,300 円

平成30年4月1日より

点数表の規定する回数を超えて受けた診療を選定療養に追加し、
特定療養費制度の対象とする見直しが行われ、平成 17 年 10 月 1
日
から適用されました。