

厚生労働大臣の定める揭示事項について

当院は保険医療機関として、厚生労働省の定める「療養担当規則」に基づき、診療体制や加算に関する事項を公開しています。

東海北陸厚生局への届出事項

当院は厚生労働省が定める施設基準について東海北陸厚生局に適合している旨、届出を行っています。

- 名称：医療法人社団 上田眼科医院
- 診療科：眼科
- 医院の管理者：上田 満之
- 従事する医師：上田 満之

指定医療機関

当院は、健康保険法に基づく保険医療機関です。各種保険証を利用できます。

- 健康保険医療機関
- 労災保険指定医療機関
- 難病指定医療機関
- 小児慢性特定疾病指定医療機関
- 生活保護法指定医療機関

医療 DX 推進体制整備加算

当院はオンライン請求を行っています。

また、マイナ保険証によるオンライン資格確認から取得した診療情報・薬剤情報等を診療に活用できる体制を有し、医療 DX を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいます。

< 医療情報取得加算 >

オンライン資格確認を行う体制を有し、マイナ保険証を利用して受診された患者さんに対し、受診歴や薬剤情報等必要な診療情報を取得・活用して診療を行っています。

< 明細書発行体制加算 >

診療報酬の区分・項目の名称及びその点数または金額を記載した詳細な明細書を無料で発行しています。なお、窓口負担額のない患者さんにも無料で発行しています。

万一不要な場合はお申し出ください。

コンタクトレンズ検査料 1

コンタクトレンズ装用のために受診された患者さんの診療に係る費用は次の通りです。

基本診療料

初診料	291 点
医療情報取得加算	1 点
医療 DX 推進体制整備加算	59 点
明細書発行体制加算	1 点

または、

再診料	75 点
明細書発行体制加算	1 点

特掲診療料

コンタクトレンズ検査料 1	200 点
---------------	-------

コンタクトレンズ装用のため受診された方であっても、診療内容等により上記とは異なった診療費用を算定する場合があります。

入院料

当院の入院基本料 入院基本料 5	750 点
看護職員数	6 人

お薬について

< 一般名処方加算 >

医薬品の供給状況や後発医薬品があるお薬については患者さんにご説明の上、商品名ではなく一般名（有効成分の名称）で処方する場合があります。

< 長期収載品の選定療養の場合 >

長期収載品の選定療養にて患者さんが先発医薬品（長期収載品）を選んだ場合は、選定負担として保険外の負担が生じます。

保険外負担について

《多焦点眼内レンズを使用する白内障手術の選定療養について》

多焦点眼内レンズを使用する白内障手術を受ける場合、当院では選定療養の費用として、通常の診療費とは別に多焦点眼内レンズ代金として実費の自己負担金をいただきます。

令和2年4月より、術後の眼鏡装用率の軽減を目的とした多焦点眼内レンズを使用する白内障手術は厚労省が定める選定療養の対象となりました。

当院は多焦点眼内レンズの白内障手術を行う医療機関として届出済みです。

多焦点眼内レンズを希望される患者さんには、診療時に詳細をご説明いたします。

（選定療養について）

選定療養とは、患者さんご自身が選択して受ける追加的な医療サービスで、その分の費用は全額自己負担となります。

多焦点眼内レンズの種類	金額
Alcon クラレオン PanOptix (3焦点レンズ)	293,000 円
Alcon クラレオン PanOptix トーリック (乱視矯正機能付 3焦点レンズ)	315,000 円
AMO テクニス オデッセイ VB Simplicity (連続焦点型レンズ)	276,000 円
AMO テクニス オデッセイ VB Simplicity (連続焦点型レンズ)	304,000 円

※ 多焦点眼内レンズを使用する白内障手術の費用

- 多焦点眼内レンズに係る費用 ⇒ 選定療養（全額自己負担）
- 白内障手術の費用 ⇒ 健康保険で給付

《オルソケラトロジーについて》

オルソケラトロジーは夜につけるコンタクトレンズで、近視進行抑制を目的としています。詳しくはスタッフまでお問い合わせください。

治療代金

- 両眼 88,000 円（税込）
- 片眼 55,000 円（税込）

《低濃度アトロピン点眼液による近視進行抑制治療について》

◇ 治療に用いる薬剤

名称：リジュセア®ミニ点眼液 0.025%

◇ 治療スケジュール・費用

検査後、適応と判断されれば治療開始となります。副作用等がなく、治療継続に問題なければ、定期的に効果をモニタリングします。

検査・薬剤費用はすべて自由診療（公的医療保険の対象外）となります。

治療スケジュール	費用（税込）
初回	診察・検査費用（4,400 円）＋点眼用費用（4,400 円/箱） 合計 8,000 円
2 回目 （初回から 1 ヶ月後）	診察・検査費用（3,300 円）＋点眼用費用（4,400 円/箱×3） 合計 16,500 円
3 回目 （3 ヶ月ごと）	診察・検査費用（3,300 円※12 ヶ月に 1 回は追加検査実施のため 4,400 円） ＋点眼用費用（4,400 円/箱×3） 合計 16,500 円 ※12 ヶ月に 1 回は 17,600 円

3 回目の治療以降は 3 ヶ月ごとの定期的な通院が必要です。

注）リジュセア®ミニ点眼液 0.025%による治療は自由診療です。

なお、副作用等で治療を中止した場合でも、一旦処方した点眼薬については原則、返品・返金に応じることはできない旨、あらかじめご了承ください。

文書料

	料金（税込）	備考
一般診断書（当院様式によるもの）	2,200 円	会社、学校へ提出する休務・休業に必要な診断書（検査料含まず）
就職・入学時の健康診断書	2,200 円	体育、競技参加可否の診断書も含む（検査料含まず）
児童生徒の学校提出用証明書	550 円	学校伝染病に関わる所定の様式の診断書（「医療等の状況」は無料）
医療保険等の入院・手術証明書	5,500 円	
身体障害者診断書（申請用）	11,000 円	新規申請
厚生年金等の障害年金認定診断書	16,500 円	
難病認定用診断書	5,500 円	国、県指定の特定疾患の認定のための診断書

お問い合わせ先

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

上田眼科医院 TEL：0761-57-0012

作成日： 2025/09/16