

実費徴収のご案内

当院では下記の項目について、実費の負担をお願いしております。

H29.3.17

名称	料金(税込)	名称	料金(税込)
【歯ブラシ】		【義歯関係】	
SAM歯ブラシ	100円	パールデント(義歯洗浄剤)	520円
TEPE歯ブラシ	300円	義歯ブラシ	200円
くるりーナ	400円	義歯ブラシ(軟性ブラシ)	300円
ペリテクト歯ブラシ	250円	義歯ブラシ(持ち手リング状)	600円
ゼクリン舌クリーナー	100円	義歯ケース	100円
		ファストン(義歯安定剤)	600円
		ポリデントフレッシュクレズ(義歯洗浄剤)	1,140円
【口腔ケア補助用具】		【電動歯ブラシ】	
コンクール 100ml(洗口剤)	1,080円	ソニックケア(本体)	17,898円
ルシエフロス	310円	ソニックケア(替えブラシ)	1,234円
フロスユー	400円	ダイヤモンドクリーン(替えブラシ) 2本	2,980円
フロアフロス	680円	ダイヤモンドクリーン(替えブラシ) 4本	4,980円
歯間ブラシ 3本入り	100円	ソニックケアインターケアスタンダード	1,150円
ディスポン(スポンジブラシ) 10本入り	250円	GCプリニアSMART	9,500円
GCプロスペック歯垢染色液	330円	GCプリニアSMART(替えブラシ) 2本	907円
GAM歯間ブラシ	40円		
【口腔保湿剤】			
コンクールマウスリンス	1,283円		
デンタルリンス(デントシステマ)	800円		
うるおいキープ	710円		
アクアバランス	900円		

※なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用徴収は、一切認められておりません。

実費ご負担の同意書

嶋田病院 院長 嶋田修美 殿

実費徴収に関して、内容や料金について説明を受け理解しましたので、同意致します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

代理人 _____