

2019年10月1日より、

- 初めて受診される方は、「かかりつけ医」の紹介状(診療情報提供書)をご持参下さい。
- 紹介状がない場合は、保険診療の自己負担金のほかに初診時選定療養費5,500円(税込)が必要となります。
- 当院より受け取った紹介状で宛先の医療機関を未受診で再来院された場合などは、再診時選定療養費として別途2,750円(税込)をご負担していただきます。

但し、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、初診時選定療養費を求めないこととする。

- (1)救急車で来院し、救急外来などで診療を受けた方
- (2)公費負担事業対象の方、HIV感染者
- (3)診療科を受診中の方
- (4)院内紹介した方
- (5)特定疾患、がん検診等の結果により精密検査の指示があった方
- (6)救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診の方
- (7)外来受診後、そのまま入院となった方

当院は、横浜市の中核病院であり、地域医療支援病院です。

地域における役割分担のため、ご理解ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

2019年10月1日

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院