XX卫生所/门诊部/诊所价格公示牌（参考样式）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构性质 |  | | | | |
| 价格管理形式 | 政府指导价/市场调节价（根据实际情况填写） | | | | |
| 一、常用医疗服务项目 | | | | | |
| **项目名称** | **项目内涵** | **收费标准** | **除外内容** | **说明** | |
| 例：小换药 | 含门诊拆线、  外擦药物治疗 | 7元/次 | 特殊药物、引流管 | 实际换药面积在15cm2以下或缝合3针以内 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 二、常用药品 | | | | | |
| **药品名称** | | **收费标准** | | **规格** | **剂型** |
| 例：XX连花清瘟胶囊 | | 14.8元/盒 | | 24粒 | 胶囊 |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| 三、常用耗材 | | | | | |
| **耗材名称** | | **收费标准** | **规格** | **注册证编号** | |
| 例：XX新冠病毒快速抗  原检测试剂盒 | | 25元/盒 | 25人份 | 国械注准20223400XXX | |
|  | |  |  |  | |
|  | |  |  |  | |
| **全品类价格公示见本单位收费窗口价目本/显示屏/……（根据实际情况填写）** | | | | | |
| 价格举报电话：12315 本单位监督服务电话：0592-XXXXXXXX | | | | | |
| 说明（本说明无须公示）： 1.机构性质指政府办医疗机构、非政府办非营利性医疗机构、非政府办营利性医疗机构、集体办医疗机构等，具体见医疗机构登记许可证。 2.除外内容是指在本项目中需要另行收费的药物、特殊医用消耗材料及组织器官移植的供体等； 3.说明指本项目在定价时需要特殊说明的相关事项。 | | | | | |