

保険適用外料金 一覧表

2025年11月1日現在

| 自費料金・手数料等 | 金額 |
|---------------------------|---------|
| 紙オムツ（M、L）（1枚） | 138円 |
| 大腸CT用検査食（1食） | 2,500円 |
| 大腸CT用飲料水（1本） | 187円 |
| 大腸内視鏡用検査食（1食） | 1,080円 |
| 付き添い寝具（1日） | 220円 |
| テレビレンタルサービス（1日） | 330円 |
| セカンドオピニオン相談料（60分） | 22,000円 |
| ホスピス入棟面談料 | 5,500円 |
| 診察券再発行料 | 100円 |
| コピー代金（1枚） | 10円 |
| 郵送料（重量、サイズ等により異なる） | 実費 |
| FAX料金（1回） | 10円 |
| 特別室電話料金（利用時間に応じて） | 実費 |
| 情報開示申請手数料 | 1100円 |
| 情報開示に係る画像データ CD-R等（1枚につき） | 4,190円 |
| 情報開示に係る文書複写料（片面） | 10円 |
| 情報開示に係る文書複写料（両面） | 20円 |
| エンゼルケア（死後処置料含む） | 11,000円 |

| 任意予防接種料金（1回分） | 金額 |
|--------------------|---------|
| インフルエンザワクチン | 5,500円 |
| A型肝炎ワクチン | 5,500円 |
| B型肝炎ワクチン（ヘプタバックス） | 5,500円 |
| 肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス） | 7,150円 |
| 肺炎球菌ワクチン（プレベナー13） | 8,800円 |
| おたふくかぜワクチン | 3850円 |
| 風疹ワクチン | 5,500円 |
| 麻疹・風疹混合（MR）ワクチン | 11,000円 |
| 水痘ワクチン | 6,600円 |
| 破傷風ワクチン | 3,300円 |
| 日本脳炎ワクチン | 6,600円 |
| RSウイルスワクチン | 27,500円 |
| 帯状疱疹ワクチン | 18,700円 |
| 子宮頸がんワクチン（シルガード9） | 27,500円 |
| 子宮頸がんワクチン（ガーダシル） | 18,800円 |

| 保険適用外検査料金 | 金額 |
|------------------------------|---------|
| カリニPCR | 26,400円 |
| リゾチーム血清 | 770円 |
| HPV-DNA検査 | 4,191円 |
| HCV薬剤耐性変異解析 | 22,000円 |
| MYOセット | 22,000円 |
| CYP2C19遺伝子検査（2項目セット） | 8,580円 |
| 風疹抗体検査（本人希望の場合） | 7,425円 |
| 麻疹抗体検査（本人希望の場合） | 7,425円 |
| 麻疹・風しん抗体検査（本人希望の場合） | 10,131円 |
| 水痘・帯状ヘルペスウイルス検査・IgG（本人希望の場合） | 5,500円 |
| 水痘・帯状ヘルペスウイルス検査・CF（本人希望の場合） | 3,600円 |

| 入院期間が180日を超える場合の費用の徴収について |
|---|
| 入院医療の必要性が低い患者さんの事情により、長期で入院している患者さんに対する特別の料金をお支払いいただくものです。（2,412円/日） ただし厚生労働省が定める状態にある患者さんについては、この限りではありません。 |

| 治験に係る費用について |
|---|
| 当院は、治験を実施しております。治験の種類によって患者さまのご負担金額が変更になりますので、治験ご希望の方へは、治験コーディネーターより詳しく説明いたします。 |