

## 保険適用外料金 一覧表

2026年4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
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
情報開示申請手数料	1,100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1枚につき）	10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	5,000円
A型肝炎ワクチン	5,500円
B型肝炎ワクチン（ヘプタボックス）	5,500円
肺炎球菌ワクチン（ニューモボックスNP）	7,150円
肺炎球菌ワクチン（プレベナー20）	8,800円
肺炎球菌ワクチン（キャップボックス）	15,000円
おたふくかぜワクチン	3,850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。