令和8年9月1日現在
医事運営課医事担当

特定機能病院　平成18年4月1日付で、医療法第4条の2第1項の規定に基づく特定機能病院の承認を厚生労働大臣から受けています。

保険医療機関　平成18年4月1日付で、健康保険法第65条第1項の規定に基づく保険医療機関の指定を厚生労働大臣から受けています。

入院費用等　当院は厚生労働大臣が定めるDPC対象病院であり、入院中の医療費につきましては、原則として「包括評価方式」により算定します。この算定方式は、傷病名や手術、処置等の内容に応じて分類された「診断群分類」に基づき、それぞれの分類ごとに定められた、1日あたりの定額の医療費を基本としています。

明細書の発行　当院は診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称含）が分かる明細書を無償で交付しています。

食事療法　「入院時食事療養Ⅰ」を届け出ており、管理栄養士によって管理された食事を適時(8時・12時・18時以降)適温で提供しています。

（金額は消費税込み）

保険外併用療養費

■初診料・再診料加算額	
・他の医療機関等からの文書による紹介によらずに初診を受けた者（緊急の必要その他やむを得ない事情があると理事長が認める者を除く。）に係る初診料加算額	11,000円
・他の病院（一般病床の数が５００床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した者（緊急の必要その他やむを得ない事情があると理事長が 認める者を除く。）に係る再診料加算額	3,300円
■特別の療養環境の提供(1日あたり)	別 掲
■180日を超える入院に係る特別料金(1日あたり) 特定機能病院入院基本料一般病棟7対1を算定している場合(厚生労働大臣が定める状態を除く)	2,640円
■厚生労働省から承認を受けている先進医療A及び先進医療B(臨床的な使用確認試験)	
・CYP2D6遺伝子多型検査 ゴーシェ病患者のうち経口投与治療薬を投与される予定の患者	費用負担なし
・S-1+パクリタキセル経静脈腹腔内投与併用療法 膵癌(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)	18,637円 （1コースにつき）
■白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給	
テクニス オデッセイ VB Simplicity（DRN00V）	263,620円 （片側につき）
テクニス オデッセイ TVB Simplicity（DRT150／225／300／375）	285,620円 （片側につき）
Clareon PanOptix トリフォーカル アクリル眼内レンズ（CNWTT0）	255,920円 （片側につき）
Clareon PanOptix TORIC トリフォーカル アクリル眼内レンズ（CNWTT2／3／4／5／6）	266,920円 （片側につき）
Clareon Vivity AutonoMe（CNAET0）	255,920円 （片側につき）
Clareon PanOptix Pro TORIC Trifocal AutonoMe(PXYAT2/PXYAT3/PXYAT4/PXYAT5/PXYAT6)	291,120円 （片側につき）
テクニスピュアシーオプティブルーSimplicity(DEN00V)	263,620円 （片側につき）
テクニスピュアシートーリックⅡVB Simplicity(DET150/DET225/DET300/DET375)	285,620円 （片側につき）
■間歇スキャン式持続測定器	
センサー	13,750円 （1セット2個入り）
リーダー	7,797円 （1個につき）

保険外負担

■セカンドオピニオン外来に係る医師所見料 他の医療機関を受診している患者さん又はそのご家族が治療方法等に係る医師の所見を求めた場合	33,000円
■患者申出療養相談料	33,000円
■造血細胞移植前相談料	11,000円
■術後衣利用料 1回につき	300円
■証明手数料 既往症、経過現症又は診断結果の詳細を記載するもの	3,300円～5,500円
既往症、経過現症又は診断結果の概要を記載するもの	2,200円～3,300円
その他簡易なもの	1,100円～2,200円
■第三者面談料 診断書等の記載事項に関し、第三者が医師と面談を行った場合	5,500円
■死後処置料	5,500円 ／ 6,600円（小児）
■バンド 合掌・あご	各165円
■メークセット	550円
■診療記録開示料	
コピー	22円 （1枚につき）
カラーコピー	110円 （1枚につき）
CD-R	1100円 （1枚につき）
■診察券再発行料	100円
■診断書等文書料	別 掲
■精神保健福祉法申請手数料	1,100円
■HLA抗原型検査	14,600円

■HLA遺伝子型検査				39,410円
■　リンパ浮腫治療料	上肢	初回	1時間	7,310円
		2回目以降	1時間	4,870円
	下肢	初回	1時間30分	8,550円
		2回目以降	1時間30分	6,100円
■リンパ浮腫治療料用				
保湿剤	ベーテル　保湿ローション　ポンプタイプ 300mL　1本			1,155円
弾性包帯	コンプリラン　6ｃｍX5m　1巻			1,210円
	コンプリラン　8ｃｍX5m　1巻			1,650円
	コンプリラン　10ｃｍX5m　1巻			1,980円
	コンプリラン　12ｃｍX5m　1巻			2,310円
■　リハビリメイク	対面式A		2時間	13,200円
	グループ形式		2時間	11,000円
	対面式B		1時間	7,700円
	グループ形式		1時間	5,500円
■遺伝カウンセリング料	※1回目に1時間を超過した場合は上記使用料に加え、			11,000円（1回目）
	15分ごとに2,750円を追加徴収する。なお、端数は切り上げとする。			2,750円（2回目以降　15分ごと）
■遺伝子検査				
MMRスクリーニング				139,060円
BRCA1/2（HBOC）				128,700円
BRCA1シングルサイト				55,000円
BRCA2シングルサイト				55,000円
欠損・重複BRCA1/2（HBOC MLPA）				66,000円
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査				71,500円
APC遺伝子スクリーニング				106,060円
常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査				68,200円
骨形成不全症遺伝子検査				62,700円
骨端異形成症遺伝子検査				62,700円
稀な骨粗鬆症遺伝子検査				62,700円
遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査				62,700円
孔脳症・裂脳症遺伝子検査				51,700円
がん関連遺伝子のシングルサイト解析				19,800円（1箇所） 23,100円（2箇所） 26,400円（3箇所） 29,700円（4箇所） 33,000円（5箇所）
Sanger法による単一エクソン解析				25,300円（1箇所） 37,400円（2箇所） 49,500円（3箇所） 61,600円（4箇所） 73,700円（5箇所）
成長障害遺伝子検査				62,700円
性成熟疾患遺伝子検査				62,700円
下垂体機能障害遺伝子検査				62,700円
糖代謝異常症遺伝子検査				62,700円
卵巣機能不全症遺伝子検査				62,700円
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査				62,700円
血友病A遺伝子検査				57,730円
血友病B遺伝子検査				57,730円
家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査				51,700円
トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査				51,700円
TP53スクリーニング				106,060円
PTENスクリーニング				106,060円
CancerNEXT				400,400円
CancerNEXT(-)BRCA				334,400円
BRCANext				293,700円
BRCANext(-)BRCA				271,700円
BRCANext-Expanded				326,700円
BRCANext-Expanded(-)BRCA				282,700円
ColoNext				300,300円
ProstateNext				278,300円
PancNext				276,100円
Brain TumorNext				344,300円
Melanoma Next				259,600円
RenalNext				300,300円
PGLNext				278,300円
CancerNext-Expanded				601,700円
CustomNEXT-Cancer				215,600円
Specific Site Analysis(Ambry)				50,600円
Specific Site Analysis(Other)				67,100円
多発性軟骨性外骨腫および内軟骨性症遺伝子検査				51,700円
性分化疾患遺伝子検査（Y染色体を含まない場合）				68,200円
性分化疾患遺伝子検査（Y染色体を含むまたは不明な場合）				68,200円
先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査				51,700円

βサラセミア遺伝子検査（TLS_TLS_ｖ１）	51,700円
レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査（LNS_LNS_ｖ１）	51,700円
腎性低尿酸血症遺伝子検査	51,700円
基底細胞母斑症候群（ゴーリン症候群）遺伝子検査	51,700円
血色素異常症検査１次（スクリーニング検査）	30,800円
血色素異常症検査２次（遺伝子検査）	22,000円
自己免疫性溶血性貧血検査	25,300円
ABCG2遺伝子多型解析	13,200円
先天性乏毛症・縮毛症遺伝子検査	51,700円
DICER1症候群遺伝子検査	51,700円
膿疱性乾癬遺伝子検査	51,700円
副甲状腺機能低下症遺伝子検査	62,700円
褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	63,800円
Dubin-Johnson症候群およびRotor症候群遺伝子検査	53,900円
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	53,900円
ACTRisk	289,000円
ACTRisk Care	192,000円
ラーセン症候群遺伝子検査	57,600円
グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	57,600円
全前脳胞症遺伝子検査	68,600円
低汗性外胚葉形成不全症検査	57,600円
BHD症候群検査	57,600円
ACTRisk　血縁者遺伝子検査	75,200円
ACTRisk　Care　血縁者遺伝子検査	75,200円
掌蹠角化症遺伝子検査	57,600円
掌蹠角化症（鑑別診断を含む包括的検査）遺伝子検査	79,600円
家族性海綿状血管腫遺伝子検査	57,600円
バーター・ギッテルマン症候群遺伝子検査	74,230円
サンガーシークエンス解析（爪・頬粘膜）	46,510円
サンガーシークエンス再解析（爪・頬粘膜）（判定不能の場合）	44,310円
VHL スクリーニング	106,060円
シングルサイト１サイト	51,060円
シングルサイト２サイト	67,560円
■出生前診断検査	
NIPT検査	96,000円
羊水染色体分析（G - band法）検査Ⓐ	86,200円
羊水染色体分析（G - band法）検査Ⓑ	55,400円
羊水染色体分析（G - band法）検査©	120,620円
羊水染色体分析（末梢血）Ⓑ	37,800円
末梢血染色体検査©【同日】	93,560円
末梢血染色体検査）©【別日】	97,420円
羊水染色体分析（Rapid FISH法）検査	95,000円
羊水染色体分析（QF-PCR法）検査	73,000円
羊水染色体分析（FISH+G-band法）	148,120円
羊水染色体分析（FISH法転座解析/ﾓｻﾞｲｸ解析）検査	42,200円
羊水染色体分析（FISH法22ｑ11,2欠失解析）検査	42,200円
羊水染色体分析（FISH法PWS/AG欠失解析）検査	42,200円
羊水染色体分析（FISH法DAZ欠失解析）検査	42,200円
羊水染色体分析（ﾏｲｸﾛｱﾚｲ法）検査Ⓐ	143,400円
羊水染色体分析（ﾏｲｸﾛｱﾚｲ法）検査Ⓑ	170,000円
羊水染色体分析（ﾏｲｸﾛｱﾚｲ法）検査©【同日】	214,030円
羊水染色体分析（ﾏｲｸﾛｱﾚｲ法）検査©【別日】	217,890円
羊水染色体分析（WholeExsomeSequence解析）検査	506,400円
羊水染色体分析（SangerSequence解析）検査（ﾄﾘｵ）	73,000円
羊水染色体分析（SangerSequence解析）検査（ｸﾜﾄﾛ）	99,400円
サンガーシーケンス解析（ｼﾝｸﾞﾙｻｲﾄ）【同日】	82,120円
サンガーシーケンス解析（ｼﾝｸﾞﾙｻｲﾄ）【別日】	85,980円
MLPA法による解析【同日】	109,620円
MLPA法による解析【別日】	113,480円
PCR法による解析【同日】	82,120円
PCR法による解析【別日】	85,980円
UPD検査（11,14,15番染色体）【同日】	148,030円
UPD検査（11,14,15番染色体）【別日】	151,890円
UPD検査（11,14,15番染色体以外）【同日】	410,050円
UPD検査（11,14,15番染色体以外）【別日】	413,910円
UPD検査（20番染色体以外）【同日】	148,030円
UPD検査（20番染色体以外）【別日】	151,890円
単一遺伝子疾患の出生前遺伝子学的検査（セットアップ）【同日】	131,620円
単一遺伝子疾患の出生前遺伝子学的検査（セットアップ）【別日】	135,480円
単一遺伝子疾患の出生前遺伝子学的検査（本検査）	151,420円

産科諸料金　＊大阪市の住民以外の患者さんは(　)内の金額を徴収いたします。　（金額は消費税込み　※は非課税）

■分娩料		
平日(6時から22時まで)		210,000円 （240,000円） ※
休日・深夜(深夜は22時から翌6時まで)		294,000円 （336,000円） ※
■胎盤処理料		2,300円 ※
■産後材料費	正　常	6,000円 ※
	妊娠中期	3,000円 ※
■産科・外来初診料		10,930円 ※
■産科・外来再診料		1,310円 ※
■妊産婦指導料		2,700円 ※
■産後指導料		2,700円 ※
■妊娠リング挿入		24,470円 ※
■妊娠リング抜去		24,470円 ※
■早期母子接触		2,530円 ※
■母乳相談		1,700円 ※
■妊娠診断検査(ゴナビスライド)		550円 ※
■ノンストレステスト(一連につき)		2,100円 ※
■ウリステックス		260円 ※
■血液ガス分析		1,400円 ※
■動脈血採取		500円 ※
■妊婦保健指導		
	初期	1,310円 ※
	中期	1,310円 ※
	後期	1,310円 ※
	褥婦	1,310円 ※
	中期(母親学級)	1000円 ※
	後期(母親学級)	500円 ※
■乳房マッサージ		1,700円 ※
■超音波検査・Aモード		1,500円 ※
■妊産婦自費検査		
トキソプラズマIgG抗体検査		680円
トキソプラズマavidity検査		20,900円
羊水α-フェトプロテイン検査		13,930円
流死産絨毛・胎児組織(POC)染色体分析検査(G-band法)		83,400円
流死産絨毛・胎児組織(POC)染色体分析検査(マイクロアレイ法)		109,800円
不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査		20,000円
羊水穿刺		1,580円
■人工中絶手術	満11週未満	126,630円
	満11週以上満21週未満	138,610円 （154,810円）
■新生児雑費	保険対応児1日につき	700円 ※
新生児保育料、新生児特別材料費、ミルク代		8,500円 ※
■新生児代謝異常検査手数料		200円 ※
■拡大新生児マススクリーニング検査		13,200円
■新生児聴覚検査（OAE）		3,000円 ※
■新生児聴覚検査（ABR）		4,020円 ※
■早期母子接触		2,530円 ※

歯科諸料金　　（金額は消費税込み）

歯科補綴分野		
■マウスガード(マウスプロテクター)		16,940円
■簡易型マウスガード		5,470円
■睡眠時無呼吸症候群治療用咬合床		50,770円
口腔外科分野		
■根端充填料		2,170円
■便宜抜去	前歯	1,650円
	臼歯	2,860円
	難抜歯	5,170円
	埋伏歯	11,550円
	下顎完全埋伏智歯(骨性)	12,650円
	下顎水平埋伏智歯	12,650円
■歯の移植術(歯根完成歯)		33,330円
■歯の移植・再植に係る根管治療・管理及び予後判定		22,110円
■上顎洞底挙上術(材料費約10,000円)	口腔内片側技術料	82,500円
	口腔内両側技術料	165,000円
	口腔外両側技術料	220,000円
■矯正用アンカーインプラント(プレート)埋込術		55,810円
インプラント材使用加算	アンカープレート2枚目以上1枚当たり	20,830円
	アンカースクリュー4本目以上1本当たり	4,620円
■矯正用アンカーインプラント(プレート)除去料	1装置当たり	11,000円
■歯科矯正用アンカースクリュー埋込術	アンカースクリュー4本まで	28,970円
アンカースクリュー使用加算	アンカースクリュー5本目以上1本当たり	6,110円
■萌出困難歯の開窓術(矯正治療)		31,000円
■歯槽骨仮骨延長術(1／2顎)技術料		110,000円
■発音嚥下補助装置用金属床		170,150円
■発音嚥下補助装置の付加料		27,650円
■発音嚥下補助装置調整料		3,880円
歯科麻酔分野		
■局所麻酔薬アレルギーテスト		4,760円
■全身管理コンサルテーション料		1,100円
■インプラント手術時の全身管理料(1時間まで)		22,000円
実施時間が1時間を超えた場合は1時間又はその端数を増すごとに加算		11,000円
インプラント材植立料(共通)		
■インプラント相談料		5,500円
■基本検査料		5,500円
■インプラントコンサルテーション料		1,100円
■顎骨精密検査・植立	インプラント再診料	790円
■可否診断		
顎骨精密検査・植立可否診断(選択加算)	紹介状作成	2,750円
〃 (X線検査(MDCT)		16,870円
〃 (パントモ1画像)		5,510円
ステント作成技術料	1歯につき	1,100円
ステント	サージカルステント(1～7歯)	27,500円
	サージカルステント(8～14歯)	38,500円
上記以外のステント作成技術料	基本料金	11,000円
※診断用ワックスアップ	1歯につき	2,070円
	3D画像構築による診断料	11,000円
3D画像構築によるサージカルステント設計・技術料		5,500円
	3D骨モデル作成料	3,300円
■全身精密検査・診断	インプラント再診料	790円
全身精密検査・診断(選択加算)	心電図	1,730円
	血液検査	13,420円
	紹介状作成	2,750円
■インプラント材植立(一次手術)	インプラント再診料	790円
	インプラント一次手術基本料金	22,000円
	1本につき	77,000円
	ミニインプラント1本につき(別途材料費要)	50,820円

■埋入インプラント新規使用加算(1本につき) インプラント埋込時、骨の緻密度などの理由により植立途中で断念し、同日、別のインプラントをさらに使用した場合材料分のみ実質負担いただきます。		
インプラント材植立(二次手術)	インプラント再診料	790円
インプラント二次手術	基本料金	11,000円
	1本につき	5,500円
■術後創部処置		1,100円
■インプラント定期観察料		2,780円
歯科共通		
■セカンドオピニオン(歯科領域)		33,000円
■歯間清掃具		
ガム歯間ブラシL字型サイズ1SSS（4本入）		176円
ガム歯間ブラシL字型サイズ2SS（4本入）		176円
ガム歯間ブラシL字型サイズ3S（4本入）		176円
ガム歯間ブラシL字型サイズ4M（4本入）		176円
ガム歯間ブラシL字型サイズ5L（4本入）		176円
ガムプロズ歯間ブラシL字型0_4S		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型1_SSS		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型2_SS		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型3_S		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型4_M		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型5_L		44円
ガムプロズ歯間ブラシL字型6_LL		44円
■歯ブラシ		
バトラー　ハブラシ　#025NEO（M）		273円
バトラー　ハブラシ　#025NEO（S）		273円
バトラー　シングルタフト　#01S		212円
バトラー　シングルタフト　#01F		212円
バトラー　ハブラシ　Bケア　090980_M(ふつう)		301円
バトラー　ハブラシ　Bケア　088657_S(やわらかめ)		301円
バトラー　タフトブラシ　ポイントケア　（M）		246円
バトラー　タフトブラシ　ポイントケア　（S）		246円

（金額は消費税込み）

■口腔ケア関連他		
バトラー　マウスコンディショナー　250mL		1,524円
バトラー　ジェルスプレー　50mL		1,524円
バトラー　うるおい透明ジェル　65ｇ		1,016円
ヒノーラ　すだちフレーバー		1210円
ヒノーラ　うるおいジェル　すだちフレーバー		990円
■保険外診療関連入院費用 (インプラント手術、歯周外科手術等に準ずる施術に係るもの)(1日につき)		18,380円
■舌クリーナー　ゼクリンMORE		462円
■コンクール		
F		880円
マウスリンス		968円
マウスジェル		1,320円
■ペプサチル　ジェントル トゥースペースト 126ｇ		1,738円
■ライオデント義歯歯ブラシ		330円
■ライオン　DENT　EX　ウルトラフロスS10入（カラーホルダー）		517円
■銀座ステファニー化粧品	デンタルフロス　ロウ付	583円
	デンタルフロス　ロウなし	583円
■口唇閉鎖力トレーニングとじろうくんMメディカル		2,470円
■Jeil Medical社	顔面用バンデージ_Sｻｲｽﾞ	6,050円
	顔面用バンデージ_Mｻｲｽﾞ	6,050円
■ノンクラスプデンチャー		
1～3歯		109,650円
4～7歯		126,170円
8～14歯		142,130円
修理費用		20,920円

■上部構造		
フルジルコニア・インレー	1歯につき	79,310円
ゴールド・インレー	1歯につき	136,310円
フルジルコニア・クラウン	1歯につき	97,160円
フルメタルクラウン・ゴールド	1歯につき	196,490円
メタルボンド	1歯につき	168,160円
オールセラミック	1歯につき	121,780円
セラミックインレイ	1歯につき	82,610円
■義歯 ナノ銀コーティングシステム　ピカッシュ		2,520円

保険外併用療養費　（金額は消費税込み）

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給		
金合金	1歯当たり	226,160円
白金加金	1歯当たり	237,160円

金属床による総義歯の提供		
白金加金(上顎・下顎)	1床当たり	420,730円
金合金(上顎・下顎)	1床当たり	409,730円
特殊合金(上顎・下顎)	1床当たり	229,330円
チタン合金(上顎・下顎)	1床当たり	244,730円
		※上記の金額から、熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額（概ね　28,310　円）を差し引いた分を徴収します。

う蝕に罹患している患者の指導管理		
フッ化物局所応用	1口腔1回につき	2,570円
小窩裂溝填塞	1歯につき	2,570円