

令和4年10月1日現在

自費料金一覧(消費税別)(※一部除く)

(1) 個室料

種別	単位	堺市に住所を有する者	堺市に住所を有しない者
特別室 東 (18.7㎡)	1日	20,000円	30,000円
特別室 西 (14.5㎡)	1日	16,000円	24,000円
個室	1日	8,000円	12,000円

(1)-2 部屋番号

病棟階	個室	特別室 東	特別室 西
5 東病棟	551、554、558、559、560、562、563		
5 西病棟	501、502、510、511、512、516、519、521、522、523		
6 東病棟	651、652、655、656、658、659、660、663、664、668、671	662	
6 西病棟	600、601、602、605、606、608、609、610、613、614、618		612
7 東病棟	751、752、755、756、758、759、760、763、764、765、767、768、771	762	
7 西病棟	700、701、702、705、706、708、709、710、713、714、715、717、718		712
8 東病棟	851、852、855、856、858、859、860、863、864、865、867、868、871	862	
8 西病棟	800、801、802、805、806、808、809、810、813、814、815、817、818		812
9 東病棟	951、952、955、956、958、959、960、963、964、965、967、968、971	962	
9 西病棟	900、901、902、905、906、908、909、910、915、917、918		

種 別		単 位	金 額	
(2) 選定療養費	初診時	医科	1 回	7,000 円
		歯科	1 回	7,000 円
	再診時	医科	1 回	3,000 円
		歯科	1 回	3,000 円
(3) 妊産婦診察料(非課税)		1 回	3,000 円	
(4) 助産師による妊産婦指導料(非課税)		1 回	2,500 円	
(5) 分べん料(非課税) (正常分べんで 7 日以内の場合) (分べん介助料、食事料を含む)		分べん 1 回	堺市に住所を有する者	480,000 円
			堺市に住所を有しない者	500,000 円
(6) 乳房マッサージ(非課税)		1 回	1,500 円	
(7) 母親教室		1 回	500 円	
(8) 病衣貸与料		1 日	50 円	
(9) 給食料	患者外給食 (付添食)	1 食	入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準により算定した額	
(10) 人間ドック 検診料	人間ドック(基本)	1 回	37,000 円	
	脳ドック(基本)	1 回	27,000 円	
	肺ドック(基本)	1 回	18,000 円	
	胃内視鏡検査(単独)	1 回	15,000 円	
	脳ドック(追加)	1 回	14,000 円	
	肺ドック(追加)	1 回	18,000 円	
	乳房検査(マンモグラフィ、追加)	1 回	5,000 円	
	胃内視鏡検査(変更)	1 回	3,500 円	
	胃がんリスク検査	1 回	3,000 円	
	健康診断(一般、血液検査あり)	1 回	14,000 円	
	健康診断(一般、血液検査なし)	1 回	8,000 円	
	健康診断(その他)	1 回	診療報酬の算定方法に準じて算定した額	

(11) 遺伝診療料 診療費/遺伝カウンセリング料		初診	1回	紹介状あり	5,000円
			1回	紹介状なし	10,000円
			1回	遺伝相談(30分以内)	3,000円
		再診	1回	30分以内	3,000円
(12) HBOC 外来	診療費	初診	1回	30分以内	3,000円
		再診	1回	30分以内	1,500円
	遺伝カウンセリング料	初診	1回	60分以内	6,000円
		再診	1回	30分以内	3,000円
(13) リンパ浮腫治療費(上肢又は下肢)		1回	60分	4,000円	
			90分	6,000円	
			120分	8,000円	
		相談のみ	1回	30分	2,000円
(14) 死後の処置料		1体	5,000円		
(15) 死後寝間着料		1体	3,000円		
(16) セカンドオピニオン相談料		1回	13,000円		
(17) 医師面談料		1回	5,000円		
(18) 診察券の再発行料		1回	100円		
(19) 診療録等 コピー料	白黒 A3 以下	1枚	10円		
	カラー A3 以下	1枚	50円		
(20) フィルム等 コピー料	CD-R	1枚	1,000円		
	DVD	1枚	1,500円		

(21) 自費物品				
紙おむつ(シートタイプ)		1 枚		63 円
紙おむつ(テープタイプ M)		1 枚		120 円
紙おむつ(テープタイプ L)		1 枚		141 円
紙おむつ(パンツタイプ M-L)		1 枚		160 円
紙おむつ(パンツタイプ L-LL)		1 枚		160 円
ベビー紙おむつ(パンツ M)		1 枚		40 円
ベビー紙おむつ(パンツ L)		1 枚		45 円
ベビー紙おむつ(パンツビック)		1 枚		50 円
新生児用おむつ		1 枚		50 円
リハビリパンツ(M)		1 枚		160 円
リハビリパンツ(L)		1 枚		160 円
紙パンツ(ショーツ型)		1 枚		215 円
紙パンツ(ブリーフ型)		1 枚		132 円
検査用トランク		1 枚		22 円
尿取りパッド(小)		1 枚		23 円
お産パッド(小)		1 枚		23 円
お産パッド(中)		1 枚		100 円
お産パッド(大)		1 枚		240 円
マウススポンジ		1 本		43 円
歯ブラシ		1 本		100 円
病衣		1 日		50 円
ティッシュペーパー		1 箱		200 円
ディスポスリッパ		1 本		150 円
(21) 駐車場使用料 (税込)	受診者	1 台	最初の 5 時間 (30 分以内は無料)	200 円
			以降 30 分ごと	100 円
	その他の者	1 台	最初の 1 時間 (30 分以内は無料)	200 円
			以降 30 分ごと	100 円



地方独立行政法人 堺市立病院機構

堺市立総合医療センター

SAKAI SAKAI CITY MEDICAL CENTER

令和4年10月1日現在

歯科自費料金一覧(消費税別)

種別		金額	
歯冠修復	インレー (金合金)	1面	20,000円
		2面	25,000円
		3面	30,000円
	4分の3冠・5分の4冠 (金合金)	1歯につき	40,000円
	全部鑄造冠 (金合金)	小臼歯 1歯につき	45,000円
		大臼歯 1歯につき	50,000円
	硬質レジン前装冠 (金合金)	1歯につき	45,000円
	メタルボンド (白金加金)	1歯につき	70,000円
	接着性ブリッジ支台歯部分 (金合金又はコバルトクロム合金)	1歯につき	7,000円
	小児用クラウンループ	1歯につき	6,000円
	金属コア (金合金)	1歯につき	5,000円
	ブリッジ	歯数及び欠損部分に応じて上記の例により算定した額	
有床義歯	金属床総義歯 (コバルトクロム合金)	1顎につき	150,000円
	金属床局所義歯 (コバルトクロム合金)	1顎につき	120,000円以上 180,000円以下
	暫間義歯	1顎につき	10,000円以上 40,000円以下
	金属床修理 (人工歯脱落等を除く。)	1部位につき	10,000円以上 40,000円以下
	小児用義歯	1顎につき	15,000円

備考

1 特殊な技術、材料等を要するときは、上記の金額の2割以内の額を加算するものとする。

令和4年10月1日現在

文書料金一覧(消費税別)

種別	単位	金額
ア 普通診断書	1通	2,000円
イ 死亡診断書	1通	2,000円
ウ 出生証明書	1通	2,000円
エ 自動車損害賠償保障法に係る診断書又は証明書	1通	5,000円
オ 障害認定に係る診断書又は証明書	1通	5,000円
カ 後遺症診断書	1通	5,000円
キ 入・通院証明書	1通	4,000円
ク 特定疾患診断書	1通	3,000円
ケ 領収証明書	1通	1,000円
コ 登園・登校許可書	1通	500円
サ その他の診断書又は証明書	1通	4,000円



地方独立行政法人 堺市立病院機構

堺市立総合医療センター

SAKAI SAKAI CITY MEDICAL CENTER