

自費料金一覧

(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	22,000円(税抜20,000円)	33,000円(税抜30,000円)
特別室 西 (14.5㎡)	1日	17,600円(税抜16,000円)	26,400円(税抜24,000円)
個室	1日	8,800円(税抜8,000円)	13,200円(税抜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	7,700 円(税抜 7,000 円)
		歯科	1 回	7,700 円(税抜 7,000 円)
	再診時	医科	1 回	3,300 円(税抜 3,000 円)
		歯科	1 回	3,300 円(税抜 3,000 円)
(3) 妊産婦診察料			1 回	3,000 円(非課税)
(4) 助産師による妊産婦指導料			1 回	2,500 円(非課税)
(5) 分べん料 (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 (非課税)
			堺市に住所を有しない者	500,000 円 (非課税)
(6) 乳房マッサージ			1 回	1,500 円(非課税)
(7) 母親教室			1 回	550 円(税抜 500 円)
(8) 病衣貸与料			1 日	110 円(税抜 100 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) 人間ドック等 受診料	人間ドック(基本)	1 回	40,700 円(税抜 37,000 円)	
	脳ドック(単独)	1 回	29,700 円(税抜 27,000 円)	
	肺ドック(単独)	1 回	19,800 円(税抜 18,000 円)	
	心臓ドック(単独)	1 回	49,500 円(税抜 45,000 円)	
	胃内視鏡検査(単独)	1 回	16,500 円(税抜 15,000 円)	
	脳ドック(追加)	1 回	15,400 円(税抜 14,000 円)	
	肺ドック(追加)	1 回	19,800 円(税抜 18,000 円)	
	心臓ドック(追加)	1 回	36,300 円(税抜 33,000 円)	
	乳房検査(マンモグラフィ、追加)	1 回	5,500 円(税抜 5,000 円)	
	トモシンセシス	1 回	4,400 円(税抜 4,000 円)	
	マンモグラフィ+トモシンセシス	1 回	8,800 円(税抜 8,000 円)	
	胃内視鏡検査(変更)	1 回	3,850 円(税抜 3,500 円)	
	胃がんリスク検査	1 回	3,300 円(税抜 3,000 円)	
	その他健診とオプション検査	1 回	診療報酬の算定方法に準じて算定した額以内の額	

(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	5,500円 (税抜 5,000円)
			1回	紹介状なし	11,000円 (税抜 10,000円)
			1回	遺伝相談 (30分以内)	3,300円 (税抜 3,000円)
		再診	1回	30分以内	3,300円 (税抜 3,000円)
(12) HBOC 外来	診療費	初診	1回	30分以内	3,300円 (税抜 3,000円)
		再診	1回	30分以内	1,650円 (税抜 1,500円)
	遺伝カウンセ リング料	初診	1回	60分以内	6,600円 (税抜 6,000円)
		再診	1回	30分以内	3,300円 (税抜 3,000円)
(13) リンパ浮腫治療費(上肢又は下肢)			1回	60分	4,400円 (税抜 4,000円)
			90分	6,600円 (税抜 6,000円)	
			120分	8,800円 (税抜 8,000円)	
		相談のみ	1回	30分	2,200円 (税抜 2,000円)
(14) ヘルメット治療			1回	352,000円(税抜 320,000円)	
(15) レーザー照射 療法	カウンセリング料	1回	30分毎	3,300円 (税抜 3,000円)	
	ピコトーニング	1回	8,800円(税抜 8,000円)		
	ピコフラクショナル	1回	16,500円(税抜 15,000円)		
	シミ・刺青取り	1cm ²	11,000円(税抜 10,000円)		
(16) 死後の処置料			1体	5,500円(税抜 5,000円)	
(17) 死後寝間着料			1体	3,300円(税抜 3,000円)	
(18) セカンドオピニオン相談料			1回	14,300円(税抜 13,000円)	
(19) 医師面談料			1回	5,500円(税抜 5,000円)	
(20) 診察券の再発行料			1回	110円(税抜 100円)	
(21) 診療録等 コピー料	白黒 A3 以下	1枚	11円(税抜 10円)		
	カラー A3 以下	1枚	55円(税抜 50円)		
(22) フィルム等 コピー料	CD-R	1枚	1,100円(税抜 1,000円)		
	DVD	1枚	1,650円(税抜 1,500円)		
(23) 匿名加工情報の利用に係る手数料			個人情報保護規程第 1 1 条に定める		

(24) 自費物品				
紙おむつ(シートタイプ)	1枚			69円(税抜63円)
紙おむつ(テープタイプ S-M)	1枚			165円(税抜150円)
紙おむつ(テープタイプ L)	1枚			165円(税抜150円)
新生児用おむつ	1枚			18円(税抜17円)
ベビー紙おむつ(テープタイプ S)	1枚			22円(税抜20円)
ベビー紙おむつ(テープタイプ M)	1枚			29円(税抜27円)
ベビー紙おむつ(テープタイプ L)	1枚			35円(税抜32円)
ベビー紙おむつ(パンツタイプ S)	1枚			37円(税抜34円)
ベビー紙おむつ(パンツタイプ M)	1枚			44円(税抜40円)
ベビー紙おむつ(パンツタイプ L)	1枚			49円(税抜45円)
ベビー紙おむつ(パンツビック)	1枚			55円(税抜50円)
リハビリパンツ	1枚			176円(税抜160円)
紙パンツ(ショーツ型)	1枚			145円(税抜132円)
紙パンツ(トランクス型)	1枚			236円(税抜215円)
フリーショーツ	1枚			550円(税抜500円)
尿取りパッド(小)	1枚			55円(税抜50円)
便シート	1枚			55円(税抜50円)
お産パッド(小)	1枚			23円(非課税)
お産パッド(中)	1枚			100円(非課税)
お産パッド(大)	1枚			240円(非課税)
マウススポンジ	1本			49円(税抜45円)
歯ブラシ	1本			110円(税抜100円)
ティッシュペーパー	1箱			220円(税抜200円)
日用品セット	1セット			880円(税抜800円)
ディスポスリッパ	1セット			165円(税抜150円)
ホスピッシューズコロバン	1セット			250円(税抜228円)
(25) 駐車場使用料	受診者	1台	最初の5時間 (30分以内は無料)	200円(税抜182円)
			以降30分ごと	100円(税抜91円)
	その他の者	1台	最初の1時間 (30分以内は無料)	200円(税抜182円)
			以降30分ごと	100円(税抜91円)

※日本国籍を有さず、かつ日本国内で有効な公的健康保険を有しない患者における自費診療の料金については、1点あたり20円とする。

令和7年4月1日現在

歯科自費料金一覧

種別		金額	
歯冠修復	インレー (金合金)	1面	22,000円(税抜20,000円)
		2面	27,500円(税抜25,000円)
		3面	33,000円(税抜30,000円)
	4分の3冠・5分の4冠 (金合金)	1歯につき	44,000円(税抜40,000円)
	全部鑄造冠 (金合金)	小臼歯 1歯につき	49,500円(税抜45,000円)
		大臼歯 1歯につき	55,000円(税抜50,000円)
	硬質レジン前装冠 (金合金)	1歯につき	49,500円(税抜45,000円)
	メタルボンド (白金加金)	1歯につき	77,000円(税抜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	7,700円(税抜7,000円)
	小児用クラウンループ	1歯につき	6,600円(税抜6,000円)
	金属コア (金合金)	1歯につき	5,500円(税抜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	165,000円(税抜150,000円)
	金属床局所義歯 (コバルトクロム合金)	1顎につき	132,000円(税抜120,000円) 以上 198,000円(税抜180,000円) 以下
			11,000円(税抜10,000円) 以上 44,000円(税抜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	11,000円(税抜10,000円) 以上 44,000円(税抜40,000円) 以下
	小児用義歯	1顎につき	16,500円(税抜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7年4月1日現在

文書料金一覧

種別	単位	金額
ア 普通診断書	1通	3,300円(税抜3,000円)
イ 死亡診断書	1通	3,300円(税抜3,000円)
ウ 出生証明書	1通	2,200円(税抜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	5,500円(税抜5,000円)
オ 障害認定に係る診断書又は証明書	1通	5,500円(税抜5,000円)
カ 後遺症診断書	1通	5,500円(税抜5,000円)
キ 入・通院証明書	1通	4,400円(税抜4,000円)
ク 特定疾患診断書	1通	3,300円(税抜3,000円)
ケ 領収証明書	1通	2,200円(税抜2,000円)
コ 登園・登校許可書	1通	1,100円(税抜1,000円)
サ その他の診断書又は証明書	1通	4,400円(税抜4,000円)