

厚生労働大臣が定める掲示事項

1. 入院基本料について

本院は特定機能病院であるため入院基本料は、厚生労働大臣の定める特定機能病院入院基本料を算定しております。
一般病棟（714床）については、7対1入院基本料を算定しており、包括評価と出来高評価を組み合わせて計算する診断群分類包括評価（DPC）（※）となっています。
※医療機関別係数 1.8072（基礎1.1245＋機能評価係数 1.05654＋医療評価係数 0.1049＋救急修正係数 0.0124）
なお、精神科病（31床）についても、7対1入院基本料を算定しております。実際の看護職員配置については、各病棟の掲示表をご覧ください。

付添い看護について

本院は、患者様負担による付添い看護は行っておりません。ただし、やむを得ぬ事情で医師が認めた場合は、家族に限り許可することもあります。（付添いの証明は発行できません。）

2. 入院時食事療養（Ⅰ）に係る食事療養の実施について

本院は、入院時食事療養（Ⅰ）の臨出を行っており、管理栄養士によって管理された食事を週時（夕食については午後6時以降）、週通で提供しております。

3. 診療明細発行について

本院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、領収書の発行の際に個別の診療報酬の算定項目の分かる「診療明細書」を無料で発行しております。
また、公費負担医療等で医療費の自己負担のない方についても「診療明細書」を無料で発行しております。「診療明細書」とは使用した薬剤の名称や処方された検査等の名称が記載されるものです。その点ご理解いただき、発行を希望されない方は、収納窓口にて旨お申し出ください。

4. 長期処方・リフィル処方箋への対応について

当院では、患者さんの状態に直し、28日以上長期処方またはリフィル処方箋の交付に対応しております。なお、対応可否は、担当医が患者さんの病状等を踏まえ判断いたします。

5. オンライン資格確認を行う体制

本院は、「オンライン資格確認システム」によって、患者さんが加入している健康保険証情報を確認する体制を整備しています。

6. 保険適用外負担について

本院は、以下の項目にて利用される場合、その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。
なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「術」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。

■ 先進医療に係る費用（非保険）

項目	金額
術後のカセシタン内服投与及びオキサリプラチン静内投与の併用療法 小腸癌がん（ステージⅠ期、Ⅱ期又はⅢ期であって、肉腫による転移及び病理学的見地から完全に切除されたに判断されるものに限る。）	4,700円/回
術後のアスピリン経口投与療法 下部悪性腫瘍大腸がん（ステージがⅢ期であって、肉腫による転移及び病理学的見地から完全に切除されたに判断されるものに限る。）	0円
抗腫瘍薬遺伝子検査療法 うつ病（急性期において当該療法が実施された患者に適用するものであって、薬物療法に抵抗性を有するものに限る。）	17,500円/回

■ 金属床による結核菌に係る費用（1床当たり）（消費税込）

項目	金額
白金加金	354,240円
金加金	333,720円
コバルト/コバルム合金	162,000円
チタン合金	280,800円

■ 白内障に罹患している患者様に対する水晶体再建に使用する眼鏡使用率の軽減効果をもつ多焦点近視用レンズの支給に係る費用（1眼当たり）（消費税込）

項目	金額
多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル ワンピース	142,520円
多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル VB	142,520円
多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル アクリル	142,520円
多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル トリフォーカル VB	186,520円
購入前付多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル VB Simplicity	194,190円
購入前付多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル VB Simplicity	238,190円
多焦点近視用レンズ Claron ParOxide トリフォーカル	219,490円
多焦点近視用レンズ Claron ParOxide 10対2 トリフォーカル	267,990円
多焦点近視用レンズ VMA90k シェッドライト XPI-10対2	197,520円
多焦点近視用レンズ テクニスマルチフォーカル VB Simplicity	206,520円

※ 白内障に対する水晶体再建に使用する「眼鏡使用率の軽減効果」がある多焦点近視用レンズの費用を自己費で、多焦点近視用レンズの費用は医療費として算定される。

【保険外併用療養費に関する事項】

■ 上記以外の選定療養に係る費用（消費税込）

項目	金額
特定機能病院及び地域医療支援病院の初診に係る特別の料金	7,700円
特定機能病院及び地域医療支援病院の再診に係る特別の料金	3,300円
長期入院（180日超）に係る特別の料金	2,840円

【保険外負担に関する事項】

■ 薬剤の自費代に係る費用（消費税込）

項目	金額
検査と薬剤併用吸入薬（エプロン化バブラス・小児用）（1回）	4,330円
検査と薬剤併用吸入薬（エプロン化バブラス・大人用）（1回）	4,980円

■ 予防接種に係る費用（消費税込）

項目	金額
水痘	7,500円
ムンプス	6,500円
麻疹	6,400円
風疹	6,400円
百日咳（2種）（ジフトホス、破傷風）	6,700円
BCG	10,400円
MR（麻疹・風疹）	10,000円
アクトヒブ	8,200円
日本脳炎（チャベックV）	6,900円
日本脳炎（エンゼルバクサ下注用）	6,900円
ワクチン（肺炎球菌ワクチン）	11,300円
子宮頸がん（シルガード9）	26,600円
ロタウィルスワクチン（2回接種）（ロタックス2R 内用済）	14,000円
イモバックス（ポリオ皮下注）	9,200円
エイムゲン	16,500円
インフルエンザH1N1ワクチン 0.25mL	1回 3,700円
インフルエンザH1N1ワクチン 0.5mL	2回 3,000円
シングリックス併用	21,500円
ゴビック水溶性併用シングリックス（5種混合ワクチン）	19,400円
メグアクトアフィ併用	25,000円
アプリス併用併用	29,600円
アレックス併用併用	25,300円
コシメティ併用シングリックス12歳以上用	16,700円
ニューモバックスNPシングリックス（肺炎球菌ワクチン）	8,600円
プレバックス（肺炎球菌ワクチン）	10,200円
キャップバックス併用シングリックス（肺炎球菌ワクチン）	13,600円

※ 原則、小児のみ実施しています。

■ 検査・指導料に係る費用（消費税込）

項目	金額
A 検査指導料初診セット	12,000円
B 一般検査指導料初診セット	20,000円
C 検査指導料初診セット	10,000円
レントゲン・超音波（泌尿器科・産科）	16,500円
レントゲン・超音波（上記以外）	33,000円
産科検査料	5,500円
遺伝カウンセリング	10,000円
乳児一般健康診査	（非保険）6,930円
胎児超音波検査（1ヶ月検診時）	（非保険）2,500円
新生児代謝異常検査	（非保険）500円
新生児聴覚スクリーニング	（非保険）6,700円

■ 診断書、証明書等の発行に係る費用（消費税込）

項目	金額
生命・障害保険関係診断書・証明書、自賠責保険診断書・証明書、死亡診断書、身体障害者診断書、厚生・国民・障害年金関係診断書・証明書	5,500円
当院発行の診断書・証明書（通院・入院・金額証明書）等 おむつ・ストーマ使用証明書、育児手当・出産分娩手当申請書、福祉・市町村に提出する証明書、医師所見・病状経過を診断、証明したもの	3,300円
G I D 診断書	11,000円

※ 死亡した、公費負担給付（療養費支給申請書）を受理するために必要な証明書は、原則として無料です。

なお、発行元の文書名が上記項目と相違があった場合は、証明内容と照らし合わせ上記項目に準じて費用をいただきます。また、無料の文書であっても再発行の場合、費用をいただく場合があります。

■ 産科・分娩に係る費用

項目	金額
* 母子連絡	55,000円
* 母子連絡	33,000円
* 妊婦検診（2段階妊婦検診で2回目の検診を施行）	22,000円
* 妊婦検診保存管理料（検診の回数1年ごと）	22,000円
* 母子連絡保存管理料（検診の回数1年ごと）	22,000円
* 精選検診料	1,650円
* 精選検診	11,000円
* 精選検診保存管理料（1年ごと）	11,000円
* 超音波検査（IVF）（一般不妊）	1,650円
* フロウベス専用剤1.0mg	19,800円
* リンゴ糖入り	33,000円
* 避妊具（ミレープ52mg）装置料	100,000円
* 避妊具（ミレープ52mg）装置管理料	10,000円
* リンゴ糖入り（ミレープ52mg）装置料	22,000円
* 羊水・絨毛検査料	120,000円
* 胎児検診料	1,100円
* 妊婦（妊婦） カウンセリング料	5,000円
* 妊婦検診料（スクリーニング） 妊婦検診料	2,000円
* 超音波検査（産科自費分）	4,000円

NST（ノンストレステスト）	2,000円
妊婦用ドック検査前経路検査	500円
妊婦検診料（超音波検査費）	4,500円
妊婦検診料（超音波検査費）	6,000円
妊婦検診料（超音波検査費）	4,500円
妊婦検診料（超音波検査費）	2,000円
分娩料（1時間以内）	160,000円
分娩料（2時間以内）	200,000円
分娩料（3時間・4時間）	240,000円
分娩料（VBAC）（1時間以内）	220,000円
分娩料（VBAC）（2時間以内）	275,000円
分娩料（VBAC）（3時間・4時間）	330,000円
自宅分娩後処置料（胎盤あり）（1時間以内）	96,000円
自宅分娩後処置料（胎盤あり）（2時間以内）	120,000円
自宅分娩後処置料（胎盤あり）（3時間・4時間）	144,000円
自宅分娩後処置料（胎盤なし）（1時間以内）	48,000円
自宅分娩後処置料（胎盤なし）（2時間以内）	60,000円
自宅分娩後処置料（胎盤なし）（3時間・4時間）	72,000円
帝王切開介助料（1時間以内）	200,000円
帝王切開介助料（2時間以内）	250,000円
帝王切開介助料（3時間・4時間）	300,000円
産科分娩料	100,000円
産科分娩料（チューピングのみ）	40,000円
お産セット	6,400円
分娩セット	4,400円
ビタミンK製剤（13回分）	1,000円
* ビタミンK製剤（追加加算1回につき分）	1,100円
後産料（1日につき）	11,000円
* 産後検診料（1日につき）	5,000円
産後検診料（超音波検査を含む）	6,000円
乳児ケア外来	3,000円
産後ケア外来	1,000円
産後育児相談	2,000円
産後2週間健診	5,000円

* ベビーマッサージ	1,000円
不妊症産後相談外来	1,000円
中期中絶後検診（超音波検査含む）	5,000円
ベビードック（1回目）	40,000円
ベビードック（2回目以降）	20,000円
* 産後ケア入院料（退院支援コース）	20,000円
* 産後ケア入院料（育児支援コース）	30,000円
* 産後ケア入院料（日帰り・延泊コース）	15,000円
* 妊婦と妻外来（大前院内在生の方）	3,300円
* 妊婦と妻外来（大前院内在生の方）	11,000円
* 妊婦と妻外来（2回目以降の相談の方）	11,000円/回

* フレコンセプションケア（妊婦前相談） 外来

（院内から紹介された場合）	5,500円/回
（院内から紹介された場合）	2,750円/回

産科（分娩）に係る費用は、非保険です。（特別産科検定料は保険となります）
注1）* 印の項目については、消費税がかかります。（料金の表示は消費税込です）
注2）

① 時間内 → 8時～18時
② 時間外 → 平日（6時～8時、18時～22時） 第1・3・5土曜日（12時40分～22時）
第2・4土曜日、創立記念日（6月1日）（6時～22時）

③ 日 → 日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）
④ 深夜 → 22時～翌朝6時

■ 日常生活に必要なサービスに係る費用（消費税込）

品名	単位	金額
紙おむつ料（新生児用）	1枚	40円
紙おむつ料（低出生体重児用）	1枚	50円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）（M～Lサイズ）	1枚	100円
紙おむつ料（テープ止めタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	120円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（M～Lサイズ）	1枚	100円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	110円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	30円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	40円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	140円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	40円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	200円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	90円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	140円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	140円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	820円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	170円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	270円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	690円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	2,240円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	2,980円
紙おむつ料（ハンツタイプ）（L～LLサイズ）	1枚	150円

■ その他に係る費用（消費税込）

項目	金額
入院に対するワイヤー及びフレードを用いた矯正による費用	3,300円
入院矯正矯正器具（1組）	3,300円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	2,200円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	1,200円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	200円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	5,240円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	3,080円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	1,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	10,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	720円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	3,820円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	5,500円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	11,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	33,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	55,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	6,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	4,000円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	4,400円
入院矯正矯正器具（1組）（1組につき）	2,200円

インプラント料金	400,000円～6,000,000円
----------	---------------------

小児保険装置処置料金	22,000円～33,000円
------------	-----------------

矯正	33,000円～55,000円
----	-----------------

ヘルメット装着治療	495,000円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	11,000円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	3,100円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	6,000円

ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	6,700円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	15,000円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	20,000円
ヘルメット装着治療（ヘルメット装着治療）	30,000円

オンライン診療システム利用料	1,000円
染色体核型判定検査（血液内自他）	44,000円
染色体核型判定検査（末梢血）	33,000円
FISH 転座解析・モザイク解析（CPM確認FISH）	38,500円
FISH 転座解析・モザイク解析	38,500円
FISH 22q11.2欠失解析	38,500円
FISH PWS/AG欠失解析	38,500円
FISH DAZ欠失解析	38,500円
D-karyo解析（羊水・絨毛・臍帯血）	77,000円
D-karyo解析（血液内自他）	77,000円
D-karyo解析（血液内自他）	119,350円
SNPmicroarray解析（血液内自他）	198,000円
SNPmicroarray解析（血液内自他）	110,000円
フルトラゼット検査（迅速QF-PCR検査・SNPmicroarray解析）	201,025円
Target Home Sequence解析（6,704遺伝子）	495,000円
Sanger Sequence解析（トリオ）<1変異あたり>	77,000円
Sanger Sequence解析（クワトロ）<1変異あたり>	110,000円

DNA抽出	33,000円
初期母体血液マーカー組み合わせ検査（21、13、18番）トリオ	22,000円
出生前診断関連染色体遺伝子検査及び好成績初期胎児血液検査	770円

自費の遺伝子学的検査に係る費用（税込）

遺伝子検査項目	金額（円）	遺伝子検査項目	金額（円）	遺伝子検査項目	金額（円）
HBOCスクリーニング	214,500円	遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	70,785円	先天性全身性脂肪萎縮症遺伝子検査	55,055円
MMRスクリーニング	157,300円	Stickler症候群遺伝子検査	55,055円	睡眠関連過運動てんかん遺伝子検査	70,785円
APCスクリーニング	114,400円	メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査	55,055円	先天性側弯・脊椎肋骨異常症遺伝子検査	70,785円
TP53スクリーニング	114,400円	無虹彩症遺伝子検査	55,055円	DICER1症候群遺伝子検査	55,055円
PTENスクリーニング	114,400円	肢先端脳梁症候群遺伝子検査	55,055円	ロビノウ症候群遺伝子検査	55,055円
MEN1スクリーニング	64,350円	Nager症候群遺伝子検査	55,055円	近位指節癒合症遺伝子検査	55,055円
MEN2スクリーニング	57,200円	シュプリンツェン-ゴールドバーク症候群遺伝子検査	55,055円	DDX3X関連神経発達異常症遺伝子検査	55,055円
RETスクリーニング	57,200円	低汗性外胚葉形成不全症遺伝子検査	55,055円	PURA関連神経発達異常症遺伝子検査	55,055円
RB1スクリーニング	64,350円	3-ヒドロキシ-3-メチルグルタリルCoA合成酵素欠損症遺伝子検査	55,055円	GRIN2B関連神経発達異常症遺伝子検査	55,055円
シングルサイト1サイト	42,900円	家族性若年性高尿酸血症性腎症遺伝子検査	55,055円	ASXL異常症遺伝子検査	55,055円
シングルサイト2サイト	64,350円	骨パジェット病遺伝子検査	55,055円	進行性白質脳症遺伝子検査	70,785円
シングルサイト3サイト	85,800円	ワールデンブルグ症候群遺伝子検査	70,785円	家族性大動脈弁上狭窄症遺伝子検査	55,055円
がん関連シングルサイト解析 1箇所	15,730円	軟骨毛髪低形成症遺伝子検査	55,055円	アレキサンダー病遺伝子検査	55,055円
がん関連シングルサイト解析 2箇所	20,449円	コケイン症候群遺伝子検査	55,055円	Raynaud-Claes症候群遺伝子検査	55,055円
がん関連シングルサイト解析 3箇所	25,168円	ゼーツレコツェン症候群遺伝子検査	55,055円	膿疱性乾癬遺伝子検査	55,055円
がん関連シングルサイト解析 4箇所	29,887円	パリスターホール症候群遺伝子検査	70,785円	Dent病_Lowe症候群遺伝子検査	55,055円
がん関連シングルサイト解析 5箇所	34,606円	トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査	55,055円	遺伝性尿管性アシドーシス遺伝子検査	55,055円
ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger法） 1箇所	23,595円	DYM遺伝子検査	55,055円	巨脳症ー毛細血管奇形症候群遺伝子検査	55,055円
ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger法） 2箇所	40,898円	遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群遺伝子検査	55,055円	シスチン尿症遺伝子検査	55,055円
ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger法） 3箇所	58,201円	コーエン症候群遺伝子検査	55,055円	小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	55,055円
ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger法） 4箇所	75,504円	神経線維腫症遺伝子検査	55,055円	先天性乏毛症・縮毛症遺伝子検査	55,055円
ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger法） 5箇所	92,807円	PLA2G6関連神経変性症遺伝子検査	55,055円	骨溶解症遺伝子検査	70,785円
BHD症候群遺伝子検査	55,055円	先天性腎尿路異常遺伝子検査	55,055円	眼歯指異形成症遺伝子検査	55,055円
常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査	78,650円	常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	55,055円	遺伝性血小板異常症遺伝子検査	70,785円
内分泌疾患: 副腎疾患遺伝子検査	70,785円	混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症遺伝子検査	70,785円	皮膚下嚢胞をもつ大頭型白質脳症遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 成長障害遺伝子検査	70,785円	エリス・ファンクレフェルト症候群遺伝子検査	55,055円	エメリー・ドレイフス型筋ジストロフィー遺伝子検査	70,785円
内分泌疾患: 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）	70,785円	基底細胞母斑症候群（コリーン症候群）遺伝子検査	55,055円	原発性萌出不全遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 性分化疾患遺伝子検査（Y染色体を含まない場合）	70,785円	シュベール症候群遺伝子検査	70,785円	偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 性成熟疾患遺伝子検査	70,785円	多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査	55,055円	先天性鉄剤不応性鉄欠乏性貧血遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 下垂体機能障害遺伝子検査	70,785円	先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査	55,055円	ケラチン症性魚鱗癬遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 糖代謝異常症遺伝子検査	70,785円	非特異性多発性小腸潰瘍症遺伝子検査	55,055円	道化師様魚鱗癬遺伝子検査	55,055円
内分泌疾患: 卵巣機能不全症遺伝子検査	70,785円	ウィーデマン・スタイナー症候群遺伝子検査	55,055円	常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	70,785円
内分泌疾患: 尿細管性電解質異常症遺伝子検査	78,650円	屈曲肢異形成症遺伝子検査	55,055円	魚鱗癬症候群遺伝子検査	70,785円
骨形成不全症遺伝子検査	70,785円	遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	55,055円	褐色細胞腫・バラガングリオーマ遺伝子検査	70,785円
骨端異形成症遺伝子検査	70,785円	βサラセミア遺伝子検査	55,055円	TRPV4異常症遺伝子検査	55,055円
ビルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査	70,785円	MICPCH症候群（CASK異常症）遺伝子検査	55,055円	高チロシン血症遺伝子検査	55,055円
アルカプトン尿症遺伝子検査	55,055円	ヘルマンスキー・パドラック症候群遺伝子検査	70,785円	掌蹠角化症遺伝子検査	55,055円
稀な骨粗鬆症遺伝子検査	70,785円	進行性骨化性線維異形成症遺伝子検査	55,055円	先天性爪甲肥厚症遺伝子検査	78,650円
X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	55,055円	DYT10ジストニア/PRRT2遺伝子検査	55,055円	マリネスコ・シェーグレン症候群遺伝子検査	55,055円
遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	70,785円	先天性甲状腺機能低下症遺伝子検査	70,785円	滑脳症遺伝子検査	78,650円
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	70,785円	脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患遺伝子検査	70,785円	悪性高熱症遺伝子検査	55,055円
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	70,785円	クラリーノ症候群遺伝子検査	55,055円	遺伝性球状赤血球症遺伝子検査	55,055円
レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	55,055円	バルデー・ピードル症候群遺伝子検査	70,785円	家族性偽高カリウム血症遺伝子検査	55,055円
孔脳症・裂脳症遺伝子検査	55,055円	骨関連シリコパチー遺伝子検査	70,785円	インプリンティング疾患解析パネル遺伝子検査	70,785円
クリスタリン網膜症遺伝子検査	55,055円	Renal tubular dysgenesis遺伝子検査	55,055円	第XIII因子欠乏症遺伝子検査	55,055円
Cantu症候群遺伝子検査	55,055円	遺伝性関節拘縮症遺伝子検査	70,785円	ILNEB症候群遺伝子検査	55,055円
血友病A遺伝子検査	55,055円	ハートナップ病遺伝子検査	55,055円	アップショー・シュルマン症候群遺伝子検査	55,055円
血友病B遺伝子検査	55,055円	ラーゼン症候群遺伝子検査	55,055円	ACTRisk	314,600円
反復発作性運動失調症遺伝子検査	55,055円	ウェルナー症候群遺伝子検査	70,785円	ACTRisk Care	214,500円
家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	55,055円	フルクトース-1,6-ビスホスファターゼ欠損症遺伝子検査	55,055円	ACT Associate Assay（サンガー法）	42,900円
グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	55,055円	腎性低尿酸血症遺伝子検査	55,055円	ACT Associate Assay（サンガー法 2座位目以降）	21,450円
Dubin-Johnson症候群およびRotor症候群遺伝子検査	55,055円	遺伝性ブチルコリンエステラーゼ欠損症遺伝子検査	55,055円	ACT LGR Associate Assay	72,930円
レット症候群遺伝子検査	55,055円	過成長症候群遺伝子検査	70,785円	MLPA BRCA1 Assay（MLPA法）	71,500円
家族性海綿状血管腫遺伝子検査	55,055円	Holt-Oram症候群遺伝子検査	70,785円	MLPA BRCA2 Assay（MLPA法）	71,500円
APRT欠損症遺伝子検査	55,055円	先天性中枢性低換気症候群遺伝子検査	62,920円	検査検体の不備による検査不履行の場合	28,600円
カラムティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査	55,055円	ガラクトース血症遺伝子検査	55,055円		

特別療養環境室について

本院では特別療養環境室（室料差額が必要な部屋）を設けております。

料金（消費税込）

等 級	料金(円) (1日につき)	病棟	病 室 番 号	備 品 等
特 別 室	55,000	E10	13	電話、テレビ・冷蔵庫（無料）、電子レンジ、洗面、トイレ、バスルーム、応接セット、テーブル、イス、ロッカー、キッチン、和室 (54.31㎡)
特 等(A)	24,200	E10	11.12.28	電話、テレビ・冷蔵庫（無料）、洗面、ユニット（バス、トイレ）、応接セット、テーブル、イス、ロッカー、床頭台(特等Bのみ)、金庫（特等Bのみ）、ミニキッチン（特等Aのみ） (13.86㎡～20.32㎡)
特 等(B)	19,800	E10	1.2.3.5.6.7.8.10.15.16.17.18.20.21. 22.23.25.26.27	
準特等(A)	13,860	E7	10.11.12.13.15.16.17.18.20	電話、テレビ・冷蔵庫(カード式有料)、洗面、トイレ、テーブル、イス、ロッカー、床頭台、金庫 (E棟・15.21㎡～16.93㎡) (中央手術棟・12.42㎡～16.12㎡)
		E8	10.11.12.13.15.16.17.18.20	
		E9	10.11.12.13.15.16.17.18.20	
		C4	3.12.13.15.16.17.18.20	
		C5	3.10.11.12.13.15.16.17.18.20	
		A7	13.14.15.16.17.18.19	テレビ・冷蔵庫(カード式有料)、洗面、トイレ、イス、ロッカー付床頭台、金庫、ソファ (A棟・11.64㎡～15.14㎡) (B棟・11.64㎡～19.01㎡)
		A8	8.9.13.14.15.16.17.18	
		A9	8.9.13.14.15.16.17.18.19	
		A10	8.9.13.14.15	
		A11	6.7.8	
		B5	1.2.3.6.7.8	
		B6	1.2.3.4.5.10.11.12.13.14.16.18.19.20.21.22.23.24.25	
		B7	7.8.9.13.14.15.16.17.18.19.20	
		B8	7.8.9.14.15.16.17.18	
		B9	7.8.9.13.14.15.16.17.18.19	
		B10	7.8.9.13.14.15.16.17.18.19	
		B11	8.9.13.14.15.16.17.18.19	
		B12	8.9.13.14.15.16	
準特等(C)	5,500	E5	8.9.10.11.12.13.14	テレビ・冷蔵庫(カード式有料)、洗面、トイレ、イス、ロッカー付床頭台、金庫、テーブル (E棟・15.21㎡～16.93㎡)
3 等(A) (4人室)	2,200	C4	21.22	テレビ・冷蔵庫（カード式有料）、洗面、トイレ、間仕切り家具 (9.57㎡)
		C5	21.22	

※3等Aのみ4人室
他全て1人室

長期（１８０日超）入院患者様の選定療養に係る特別の料金について

平成１４年度の診療報酬の改定により、長期（１８０日超）入院患者様に係る入院基本料の保険給付率が平成１６年４月１日から８５％へ変更され、各医療機関は残り１５％分を選定療養に係る特別の料金として患者様から徴収させていただきますことになりました。

つきましては、本院では下記のとおり同特別の料金を徴収させていただきますのでご承知願います。

記

１．本院の長期入院期間に係る特別の料金について

１）１日につき ２，８４０円（消費税込）

２．長期入院患者様の保険給付率の取扱いについて

１）別に厚生労働大臣が定める状態等にある患者様の場合は除かれます。（別表－１のとおり）

２）通算する入院期間は、同一疾病又は負傷により、過去３か月以内（悪性腫瘍・指定難病*・特定疾患*は１か月）に入院された期間（他病院の入院期間も含まれます）となります。

〈*指定難病・特定疾患→医療受給者証を交付されている患者様〉

別表－１ 別に厚生労働大臣が定める状態等にある患者様

- １ 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ２ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ３ 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊椎損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ４ 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態
- ５ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態
- ６ ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ７ 人工呼吸器を使用している状態
- ８ 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態
- ９ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して３０日までの間に限る。）
- １０ 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態
- １１ 呼吸管理を実施している状態
- １２ 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態
- １３ 肺炎等に対する治療を実施している状態
- １４ 集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者
- １５ １５歳未満の患者
- １６ 児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援を受けている患者
- １７ 児童福祉法第２０条第１項の療育の給付を受けている患者
- １８ 造血幹細胞移植又は臓器移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者

現に看護を行っている病棟ごとの看護職員（看護師及び准看護師）の数と当該病棟の入院患者の数との割合

病棟名	算定している入院基本料	1日に勤務している 看護職員の数	看護職員1人当たりの受け持ち数	
			朝8時30分から 夕方16時30分まで	夕方16時30分から 朝8時30分まで
A7病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
A8病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	18人以上	7人以内	14人以内
A9病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
A10病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	18人以上	7人以内	13人以内
A11病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B5病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	9人以上	7人以内	5人以内
B6病棟	小児入院医療管理料1	18人以上	7人以内	9人以内
B7病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B8病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B9病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B10病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B11病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
B12病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	18人以上	7人以内	14人以内
C4病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	18人以上	7人以内	13人以内
C5病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
E5病棟	特定機能病院入院基本料（精神病棟）7対1	15人以上	7人以内	11人以内
E7病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
E8病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	21人以上	7人以内	15人以内
E9病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	18人以上	7人以内	14人以内
E10病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）7対1	12人以上	7人以内	8人以内

※なお、同一の入院基本料を算定する病棟全体にて一定の範囲で傾斜配置することが認められており、実際の日々の入院患者の数に対する看護職員の数は各病棟に掲示しています。