

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名		金額	項目名		金額	項目名		金額			
選定療養費	初診時(紹介状なし)	7,700	示カ 費に ルテ 用係 る開	生命保険会社面談料	6,520	妊婦健診	風疹ウイルス(HI)	800			
	再診時(他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにも関わらず、当院を受診した場合)	3,300		家族相談料金	6,270		細菌培養同定(膣分泌物)	170			
	入院期間が180日を超える入院(一般病棟のみ)(1日につき)	2,640		X線フィルムコピー料金(1枚につき)	1,320		細菌顕微鏡検査(その他のもの)	670			
	多焦点眼内レンズ(Clareon PanOptix)(乱視なし)	316,400		X線フィルムCD-R料金(1枚につき)	280		ABO式血液型	390			
	多焦点眼内レンズ(Clareon PanOptix)(乱視あり)	371,400		X線フィルムDVD料金(1枚につき)	310		妊娠初期判断料セット	4,880			
	多焦点眼内レンズ(Clareon Vivivity)(乱視なし)	316,400		妊娠と薬外来基本料金(60分以内)	13,000		妊娠反応	2,390			
	多焦点眼内レンズ(テクニス ピュアシーオプティブルー)	327,400		妊娠と薬外来2回目料金	13,000		ドップラー(妊婦)	2,000			
	多焦点眼内レンズ(テクニス ピュアシートーリックII)	382,400		妊娠と薬外来延長料金(30分毎)	5,600		超音波検査(経膈)	1,590			
分娩料	分娩介助料	180,000	関事業 連業	【初回】動注治療(片側)	27,500	妊婦健診	超音波検査(経膈・腹部)	3,180			
	分娩加算料(双胎)	90,000		【初回】動注治療(両側)	44,000		心音図	2,100			
	無痛分娩管理料	150,000		【2回目以降】動注治療(片側)	11,000		AST	170			
(一通につき)	生命保険、自動車損害賠償責任保険、傷害保険及び簡易保険に関する診断書	9,900		自費診療	【2回目以降】動注治療(両側)		22,000	妊婦健診	ALT	170	
	その他記載事項が上記の診断書に類するもの(各種年金診断書、身体障害者診断書等)	6,600			PRPを用いた関節内組織損傷に対する治療(片側)		40,000		糖定量	110	
	診断書(成年後見制度用)	15,400			PRPを用いた関節内組織損傷に対する治療(両側)		80,000		HTLV-I抗体	850	
	その他の診断書(死亡診断書等)	4,400			PRPを用いた筋腱炎、筋腱靭帯損傷、骨欠損等治療(片側)		30,000		HCV抗体	1,080	
	医師の診断を必要とする証明書	4,400			PRPを用いた筋腱炎、筋腱靭帯損傷、骨欠損等治療(両側)		60,000		HBs抗原精密測定	880	
	その他の証明書	2,200	PRP中止時外来診療費		740	ヘモグロビンA1c(HbA1c)	490				
	その他の文書	1,100	乳房パッケージA①サーベイランス初回の外来、採血		9,150	梅毒定性(ガラス板法・凝集法)	150				
	障害補償給付支給請求書	4,000	乳房パッケージA②乳房造影MRI、マンモグラフィ		47,000	HIV-1抗体	1,160				
先進医療	S-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法	72,174	自費診療	乳房パッケージA③結果確認の外来	4,150	妊婦健診	Rho(D)血液型	390			
	自家骨髄単核球移植による血管再生治療 全身性強皮症(難治性皮膚潰瘍を伴うものに限る。)	203,330		乳房パッケージB①サーベイランス初回の外来	6,560		間接クームス試験(定性)	470			
	自家骨髄単核球移植による血管再生治療 包括的高度慢性下肢虚血(閉塞性動脈硬化症を伴うものに限る。)	167,680		乳房パッケージB②マンモグラフィ、乳房超音波	11,990		末梢血液一般	210			
	ウイルスに起因する難治性の眼感染症疾患に対する迅速診断	19,090		乳房パッケージB③結果確認の外来	4,150		クラミジアトラコマトイス抗体	2,100			
	標準治療終了前におけるがんゲノムプロファイリング検査	560,000		乳房パッケージ超音波検査	3,850		FTA-ABS試験(梅毒トレポネーマ蛍光抗体吸収試験)	1,380			
	金額が定められているもの	事務手数料(送料込)		110	個室料金		産婦人科HBOCパッケージ①検査外来	16,350	産科	クラミジアトラコマトイス核酸同定検査	3,880
		紹介状郵送代		180			産婦人科HBOCパッケージ②結果外来	4,150		トレーランG50	140
		レターパック(青)		430			産婦人科HBOCパッケージオプション頸がん検診	3,520		エムニケーター	300
レターパック(赤)		600	産婦人科HBOCパッケージオプション体がん検診	7,150		妊婦健診	4,100				
セカンドオピニオン基本料金(60分以内)		33,000	頭皮冷却療法	19,800		健康診査(1歳6か月)	7,950				
セカンドオピニオン延長料金(30分毎)		5,640	Delta Card(頭皮冷却療法)	9,240		産後健診	5,000				
筋電図検査(持参検査結果評価)		1,540	冷却キャップ(頭皮冷却療法)	3,850		母親教室受講料	720				
CT・MRI(持参検査結果評価)		4,960	その他	個室A		27,500	両親学級土曜日	1,600			
RI・PET(持参検査結果評価)		4,130		個室B	24,200	産後相談料	1,100				
病理組織検査(持参検査結果評価)		2,810		個室C	19,800	育児相談(一ヶ月検診)	5,570				
内視鏡検査(持参検査結果評価)		780		個室D	16,500	新生児管理保育料(特3類)	9,110				
心電図検査(持参検査結果評価)		780		個室E	11,000	OBセット新(産科)	8,960				
脳波検査(持参検査結果評価)		1,540		個室F	7,700	お産セットリニユアル品	6680				
単純レントゲン撮影 胸部等(持参検査結果評価)		930		二人室	4,400	天使の箱(小)	7,340				
単純レントゲン撮影 その他の部位(持参検査結果評価)		480		【患者都合によるキャンセルに伴い使用することのできなくなった核医学診療の治療および検査に使用する薬剤等の費用】 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)の別表第1医科診療報酬点数表及び別表第2歯科診療報酬点数表並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成16年厚生労働省告示第49号)の別表に定める点数(診療報酬点数)に10円を乗じて得た額 【先発医薬品(長期収載品)を希望された場合の費用】 薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合、先発医薬品と後発医薬品の価格差の2分の1相当を通常の患者負担とは別にお支払いとなります。	【患者都合によるキャンセルに伴い使用することのできなくなった核医学診療の治療および検査に使用する薬剤等の費用】 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)の別表第1医科診療報酬点数表及び別表第2歯科診療報酬点数表並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成16年厚生労働省告示第49号)の別表に定める点数(診療報酬点数)に10円を乗じて得た額 【先発医薬品(長期収載品)を希望された場合の費用】 薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合、先発医薬品と後発医薬品の価格差の2分の1相当を通常の患者負担とは別にお支払いとなります。	産科	天使の箱(大)	7,970			
造影レントゲン撮影(持参検査結果評価)		800	ケイツーシロップ(入院)		20	悲しみのそばで	1,100				
テレビカード	1,000	ケイツーシロップ(外来)	40		乳房マッサージ(30分まで)	2,000					
エンゼルケア	3,850	ガスリー法	180		乳房マッサージ(60分)	4,000					
医療通訳サービス費	1,100	材料費(産科用)	650		ケイツーシロップ(入院)	20					
診療券再発行料	210	テキスト代	1,500		ケイツーシロップ(外来)	40					
		妊娠中後期判断料セット	2,000		ガスリー法	180					
		分娩セット(病衣+材料費+血液ガス)	4,260		材料費(産科用)	650					
		胎盤処理料	2,240	テキスト代	1,500						

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名		金額	項目名		金額	項目名		金額
産科	トレーランG75(産婦人科・自費)	210	ムーニーラクラクおしりふき(76枚入)(課税)	150	物品(その他)	頸動脈閉塞試験(マタス)	1,000	
	常用糖負荷試験	2,000	ムーニーラクラクおしりふき(76枚入)(非課税)	150		アボネットガード	15,680	
	皮内、皮下および筋肉内注射	220	ムーニーエアフィット4S(26枚入)	480		コーチ24000	3,760	
	静脈内注射	370	ムーニーエアフィット4S(1枚)	20		コーチ22500	3,760	
	人工受精料(外来)	8,680	パンパース はじめての肌へのいちばん 新生児(24枚入)	1,020		寝間着	1,500	
	NST用ベルト	450	パンパース はじめての肌へのいちばん 新生児(24枚入)(非課税)	930		デイキャス	1,710	
ビリルビン	110	パンパース はじめての肌へのいちばん 新生児(1枚)	40	腹帯 34×130cm		160		
婦人科	避妊リング(ミレナ52mg)入	55,480	パンパース はじめての肌へのいちばん 病院用(1枚)	30		腹帯マジックテープ用(ヌーベル)	1,820	
	避妊リング(ミレナ52mg)出入	77,880	パンパース はじめての肌へのいちばん 新生児(1枚)	80		弾性ストッキング(ファインサポート)	1,600	
	避妊リング(FD-1)入	30,850	パンパース コットンケア(M)スーパージャンボ(1枚入)	80		Yガーゼ(持ち帰り)	20	
	避妊リング(FD-1)出入	53,250	パンパース コットンケア(L)スーパージャンボ(1枚入)	80		erb-B-増幅	16,000	
	避妊リング(マルチロード)入	32,940	パンパース コットンケア(M)スーパージャンボ(1枚入)	80		ウロテクター(採尿バッグ)・持ち帰り	520	
	避妊リング(摘出のみ)	25,600	パンパース コットンケア(L)スーパージャンボ(1枚入)	80		オルソカラー・持ち帰り	8,850	
	避妊リング(マルチロード)出入	52,840	サルバ安心フィットM/大人用紙オムツ 1枚	120		ウロラプスティックス/尿検査試験紙・持ち帰り	6,650	
予防接種	肺炎球菌ワクチン(13価)	11,810	サルバ安心フィットL/大人用紙オムツ 1枚	120		ソフトドルフO号<頸椎固定シーネ>(持ち帰り)	5,340	
	肺炎球菌ワクチン(20価)	11,810	サルバ安心WフィットL(9枚入)	1,040		マスク	100	
	肺炎球菌ワクチン(23価)	8,770	サルバ安心WフィットM(9枚入)	1,000		歯ブラシ	140	
	四種混合ワクチン(クアトロバック)	11,660	サルバやわ楽パンツM 1枚	80		スポンジブラシ(ハミングッド)	30	
	B型肝炎ワクチン(ヘプタバックS)	6,280	サルバやわ楽パンツL 1枚	80		マウスウォッシュ(パウチタイプ)	70	
	ロタウイルスワクチン	15,160	紙オムツ サルバ	190		歯間ブラシ	120	
	ヒブワクチン	9,020	紙オムツ 1枚	80		マウスペースト	70	
	麻しんワクチン	6,860	応援介護フラットタイプ 1枚	30	両松葉	4,000		
	風疹ワクチン	6,870	メディマットL/60×90cm 1枚	70	片松葉	2,000		
	風疹・麻混合ワクチン	10,180	リブドゥリフレ/パンツタイプ紙おむつ	90	ボディーソープ	190		
	水痘ワクチン	8,840	応援介護フラットタイプ 1枚	30	シャンプー	320		
	日本脳炎ワクチン(ジェービックV)	7,330	PUサルバRパッド 1枚	30	滅菌コップ	90		
	日本脳炎ワクチン(エンセバック)	7,660	お産ナプキンS・1枚	10	ソックスエイド	2,360		
	子宮頸がんワクチン(ガーダシル)	17,440	お産ナプキンM・1枚	40	リーチャー	3,500		
	子宮頸がんワクチン(サーバリックス)	17,570	お産ナプキンL・1枚	110	T字帯	430		
	五種混合ワクチン	16,060	アンダーパット/紙おむつ	160	ティッシュペーパー	100		
	RSウイルスワクチン(アレックスビー)	28,300			カテーテルプラグ(バルンストッパー)	60		
	RSウイルスワクチン(アブリズボ)	33,110			蓄尿ボトル(細口)	60		
	おたふくかぜワクチン	7,110			バイオキャスフォーリーカテーテル	900		
	狂犬病ワクチン	17,060			ファイコンセルフカテ(間欠的自己道尿用カテーテル)男子・女子12Fr/持ち帰り	2,240		
	ポリオワクチン	10,380			鎖骨バンドL	4,270		
	子宮頸がんワクチン(シルガード)	22,990			オルソカラー	9,920		
	帯状疱疹ワクチン	23,870			三角布	430		
	ジフテリアワクチン	4,960			精液検査容器代	80		
	三種混合ワクチン	5,400			フォーム頸椎カラー	3,740		
	B型肝炎ワクチン(ビームゲン)	6,000			フォーム頸椎カラー	3,920		
	4価髄膜炎菌ワクチン	25,040			マイクロポアサージカルテープ(12.5mm×9.1m)	1,110		
	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン	12,520			弾性包帯3号(持ち帰り)	410		
	ジフテリア・破傷風ワクチン	4,740			T字帯(ティスポ)	30		
	6歳未満加算	750			不繊維T字帯(ティスポ)	210		
					ヒスキャス 8Fr	3,200		

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名		金額	項目名		金額	項目名		金額
遺 伝 子 診 療 科	レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	39,200	遺 伝 子 診 療 科	内分泌パネル2(成長障害)遺伝子検査	50,400	遺 伝 子 診 療 科	絨毛PTC針	3,800
	遺伝学的検査1	44,500		内分泌パネル5(性成熟疾患)遺伝子検査	50,400		SNPマイクロアレイ検査	140,000
	遺伝学的検査2	56,820		内分泌パネル6(下垂体機能障害)遺伝子検査	50,400		G分染(5細胞)	40,430
	遺伝学的検査3	89,820		内分泌パネル7(糖代謝異常症)遺伝子検査	50,400		G分染(20細胞)	69,300
	遺伝学的検査判断料	7,260		内分泌パネル8(卵巣機能不全症)遺伝子検査	50,400		遺伝性周期性四肢麻痺遺伝子検査	39,200
	クイックHBOC(MLPA含)	246,400		骨形成不全症遺伝子検査	54,440		ミオトニー症候群遺伝子検査	39,200
	HBOC スクリーニング	217,280		骨端異形成症遺伝子検査	50,400		TSC遺伝子検査	39,200
	HBOC シングルサイト	38,020		糖尿病1a型遺伝子検査	39,200		FGFR3病遺伝子検査	39,200
	BRCA シングル(MLPA含)	34,570		糖尿病1b型遺伝子検査	39,200		G6PH遺伝子検査	39,200
	追加HBOCスクリーニング	145,600		CHARGE遺伝子検査	39,200		FISH(1 probeあたり)	34,650
	MMRスクリーニング(3つのMLPA含)	138,250		Sotos症候群遺伝子検査	39,200		DNA抽出	6,000
	MSH6フルシークエンシング(MLPA除)	67,200		ビルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査	50,400		末梢血 Gband(染色体検査)	32,230
	PMS2フルシークエンシング(MLPA除)	78,400		アルカプトン尿症	39,200		FLCN変異解析	40,430
	MLH1フルシークエンシング(MLPA除)	78,400		進行性家族性胆胆汁うっ滞症遺伝子検査	54,440		Dubin-JohnsonおよびRotor症候群	39,200
	MSH2フルシークエンシング(MLPA除)	72,580		稀な骨粗鬆症遺伝子検査	50,400		レット症候群	39,200
	MMR_シングル(MLPA含)	33,600		コルネリア・デランゲ症候群遺伝子検査	54,440		家族性海面状血管腫	39,200
	追加MMR_MLPA	24,640		X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	39,200		TNXB遺伝子(類古典型エーラス)	56,000
	APC スクリーニング(MLPA含)	89,600		遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	50,400		メチルグルコタン酸尿症	50,400
	APC MLPA	34,570		遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	50,400		Gband	80,850
	APC シングルサイト	34,570		ドラベ症候群	54,440		羊水G band	78,540
	追加APCスクリーニング(MLPA含)	34,570		遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	54,440		羊水穿刺	1,590
	TP53 スクリーニング(MLPA含)	89,600		大理石病遺伝子検査	54,440		羊水PTC針	2,640
	TP53 MLPA	93,770		高チロシン血症1型遺伝子検査	39,200		FISH	28,880
	TP53 シングル(MLPA含)	33,600		歌舞伎症候群遺伝子検査	39,200		DNA抽出	23,100
	追加TP53スクリーニング(MLPA含)	34,570		乳脳症・裂脳症遺伝子検査	39,200		SNPジェノタイプング	150,150
	PTEN スクリーニング(MLPA含)	89,600		Coffin-Siris症候群遺伝子検査	39,200		シングルサイト1サイト	33,600
	PTEN MLPA	93,770		ATR-X症候群遺伝子検査	39,200		シングルサイト2サイト	50,400
	PTEN シングル(MLPA含)	33,600		脳クリアチン欠乏症候群遺伝子検査	39,200		シングルサイト3サイト	67,200
	追加PTENスクリーニング(MLPA含)	34,570		クリスタリン網膜症遺伝子検査	39,200		アルポート症候群遺伝子検査	43,130
	MEN1 スクリーニング(MLPA含)	103,690		Cantu症候群遺伝子検査	39,200		APRT欠損症遺伝子検査	43,130
	MEN1 MLPA	93,770		AMH検査	8,410		カムラティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査	43,130
	クイックMEN1(MLPA含)	138,250		FASTQファイル	5,600		遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	55,450
	MEN1 シングル(MLPA含)	33,600		VHL変異解析(SRL)	44,800		Stickler症候群遺伝子検査	43,130
	MEN2(RET)スクリーニング	44,490		反復発作性運動失調症遺伝子検査	39,200		メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査	43,130
	クイックMEN2	73,840		家族性片麻痺片頭痛遺伝子検査	39,200		無虹彩症遺伝子検査	43,130
MEN2 シングル(MLPA含)	33,600	Rubinstein-Taybi症候群	39,200	肢先端脳梁症候群遺伝子検査	43,130			
RET スクリーニング	44,490	がん関連シングルサイト解析(1箇所)	11,200	Nager症候群	43,120			
MyRisk	100,800	がん関連シングルサイト解析(2箇所)	14,560	羊水PCR解析(OVUS)	138,600			
家族性腫瘍パネル25遺伝子	336,000	がん関連シングルサイト解析(3箇所)	17,920	BRCA シングル(MLPA含)	34,650			
大腸がんパネル7遺伝子	276,550	がん関連シングルサイト解析(4箇所)	21,280	RB1 スクリーニング	50,400			
大腸がんパネル22遺伝子	345,680	がん関連シングルサイト解析(5箇所)	24,640	FH変異解析	40,430			
内分泌腫瘍パネル13遺伝子	345,680	sanger法による単一エクリン解析(1箇所)	18,150	MSI検査	21,940			
ミトコンドリア遺伝子10項目	44,800	sanger法による単一エクリン解析(2箇所)	29,120	ActRisk 31遺伝子	235,200			
脂質代謝異常常遺伝子4項目	145,600	sanger法による単一エクリン解析(3箇所)	44,760	ActRisk 67遺伝子	336,000			
トリプレットリポート13項目	18,770	sanger法による単一エクリン解析(4箇所)	53,760	常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	39,200			
MSAFP	11,200	sanger法による単一エクリン解析(5箇所)	71,380	低汗性外胚葉形成不全症	39,200			
Nonan症候群	54,440	エーラス・ダンロス症候群(非血管型)遺伝子検査	54,440	家族性若年性高尿酸血症腎症	39,200			
常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査	60,480	血友病遺伝子検査	39,200	ポルフィリン症	50,400			
オスラー病遺伝子検査	39,200	絨毛G band	78,540	ワールデンブルグ症候群	50,400			
内分泌パネル1(副腎疾患)遺伝子検査	50,400	絨毛穿刺	7,120	神経線維腫症	39,200			

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名		金額	項目名		金額	項目名		金額
遺 伝 子 診 療 科	先天性腎尿路異常	50,400	遺 伝 子 診 療 科	Renal tubular dysgenesis	39,200	遺 伝 子 診 療 科	流産絨毛SNPマイクロアレイ検査	89,600
	混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症	39,200		遠位関節拘縮症	50,400		血色素異常症検査(スクリーニング検査)	22,400
	ジュベール症候群	50,400		ラーセン症候群	39,200		血色素異常症検査(遺伝子検査)	25,760
	多発性軟骨性外骨腫および内軟骨腫症	39,200		Igenomix VHL/FLCNパネル(5遺伝子とVHLのMLPA)	72,800		OVUS SNPマイクロアレイ	132,830
	多発性小腸潰瘍症	39,200		Igenomix SANGER(2箇所) 3人まで 他社	44,800		マクロジェン	100,800
	ウィーデマン・スタイナー症候群	39,200		Igenomix SANGER(2箇所) 3人まで Igenomix	33,600		マクロジェン(114遺伝子)	168,000
	コニカ Specific Site Analysis 3箇所まで	56,000		Igenomix SANGER(3箇所) 3人まで 他社	56,000		マクロジェンシングル(BRCA1/2)(1箇所)	33,600
	コニカ Specific Site Analysisコニカパネル後 3箇所まで	39,200		Igenomix SANGER(3箇所) 3人まで Igenomix	44,800		マクロジェンシングル(BRCA1/2以外)(1箇所)	41,880
	FALCOシングルサイト(MLPA含) 1箇所	33,600		OVUSテストラン	69,300		マクロジェンMLPA(1遺伝子)	50,400
	FALCOシングルサイト(MLPA含) 2箇所	50,400		OVUS変異解析	69,300		マクロジェンMLPA(BRCA1/2)	86,240
	FALCOシングルサイト(MLPA含) 3箇所	67,200		マクロジェン(53遺伝子)	100,800		マクロジェン(114遺伝子)(追加解析)	56,000
	Igenomix 187遺伝子	165,760		マクロジェン(69遺伝子)	100,800		FALCO MMRスクリーニング	123,200
	Igenomix リンチ(5遺伝子とMLPA)	67,200		ActRisk Care(31遺伝子)	184,800		FALCO MLH1フルシーケンシング	67,200
	Igenomix Upgrade Panel testing(リンチから)	98,560		ActRisk Care(69遺伝子)	246,400		FALCO MSH2フルシーケンシング	67,200
	がん関連シングルサイト解析(1箇所追加)	3,360		APRT欠損症(APRT)	25,460		FALCO MSH6フルシーケンシング	67,200
	ALDH2多型解析	5,380		TP53	25,460		FALCO PMS2フルシーケンシング	67,200
	Igenomix Upgrade Panel testing(リンチ以外)	67,200		VHL変異解析	25,460		BRCA1/2 Comprehensive フルシーケンシング+欠失+重複解析	86,100
	Igenomix reanalysis and WES(リンチ以外)	36,400		脳室周囲結節状(結節性)異所性灰白質	25,460		NT測定	15,280
	Igenomix WES 1検体(リンチ以外)	154,560		X連鎖性低リン血症性くる病(PHEX)	25,460		First Screen(NT+採血)	30,560
	Igenomix WES 2検体(リンチ以外)	188,160		毛細血管拡張性小脳失調症(ATM)	25,460		トリプルマーカー検査	12,210
	Igenomix WES 3検体(リンチ以外)	221,760		Ellis-vanCreveld症候群(EVCI, EVC2)	30,540		クアトロテスト	17,330
	Igenomix sanger(1箇所) 3人まで Igenomix	22,400		神経線維腫症1型(NF1, SPRED1)	30,540		母体血を用いた出生前遺伝子学的検査	95,330
	Igenomix sanger(1箇所) 3人まで(他社)	33,600		常染色体優性多発性嚢胞腎(PKD1, PKD2)	30,540		母体血を用いた出生前遺伝子学的検査(3回目以降)	5,390
	(Igenomix) Igenomix MLPA 3人まで	22,400		FAP(APC, MUTYH)	30,540		自費採血料	410
	(他社) Igenomix MLPA 3人まで	33,600		脳海綿状血管腫(CCM)	30,540		検体搬送に係る費用(遺伝子診療科)	2,370
	唾液DNA抽出キット	3,430		常染色体優性尿細管間質性腎疾患	40,730		予診・遺伝カウンセリング(初診料含む)	11,130
	骨バジレット病	39,200		Lynch	40,730		遺伝子相談 延長料金(30分毎)	5,660
	コケイン症候群	39,200		遺伝性低リン血症性くる病	40,730		BHD症候群遺伝子診断(初回)	27,740
	軟骨毛髪低形成症	39,200		ドラベ症候群・類縁疾患	40,730		BHD症候群遺伝子診断(追加)	69,340
	ゼーツレコツツェン症候群	39,200		遺伝性ヘモクロマトーシス	50,910		BHD症候群遺伝子診断(家族)	16,540
	パリストターホール症候群	39,200		Distal arthrogyriposis	50,910		自費初診料	2,910
	トリーチャーコリンズ症候群	39,200		遺伝性パラガングリオーマ	61,090		遺伝子カウンセリング	4,290
	遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群	39,200		FLCN変異解析	26,250		遺伝カウンセリング相談料	3,560
	コーエン症候群	39,200		FH変異解析	31,500		出生前遺伝子カウンセリング	10,700
	PLA2G6関連神経変性症	39,200		PTENスクリーニング	30,540		自費再診料	770
エリス・ファンクレフェルト症候群	39,200	サンガー(初回:発端者とともに)	30,540	選定療養費(紹介なし)	7,700			
基底細胞母斑症候群(ゴーリン症候群)	39,200	サンガー	15,270	遺伝子カウンセリング(2回目以降)	4,200			
先天性フィブリノーゲン欠損症	39,200	かずさ褐色細胞腫・パラガングリオーマ	50,400	MLH1/MSH2/EPCAM MLPA	24,640			
DYT10ジストニア/PRRT2	39,200	内分泌パネル3(Y染色体を含むまたは不明な場合)	50,400	APCシングル(MLPA含)	36,960			
MICPCH症候群(CASK異常症)	39,200	内分泌パネル4(Y染色体を含まない場合)	50,400	初回 診察料のみ がん遺伝子検査用	11,350			
屈曲肢異形成症	39,200	内分泌パネル9(尿細管性電解質異常症)	56,000	2回目以降 診察料のみ がん遺伝子検査用	11,350			
遺伝性ヘモクロマトーシス	39,200	INVITAE(遺伝性腫瘍パネル70遺伝子)	134,400					
ヘルマンスキー・パドリック症候群	50,400	INVITAE(遺伝性疾患パネル)	156,800					
進行性骨化性線維異形成症	39,200	金沢医大オンデマンド遺伝子検査	30,560					
先天性甲状腺機能低下症	50,400	オンデマンド5遺伝子	50,910					
脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患	50,400	オンデマンド1遺伝子	30,540					
常染色体優性尿細管間質性腎疾患	39,200	オンデマンド2遺伝子	35,630					
バルデー・ビードル症候群	50,400	オンデマンド3遺伝子	40,730					
骨関連シリオパチー	50,400	オンデマンド4遺伝子	45,820					
		HBOC	35,630					

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名	金額	項目名	金額	項目名	金額
【矯正】相談料	4,700	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数2)	42,370	メンブレン等材料費(インプラント)	25,110
【矯正】基本検査料(画像診断料を除く)	42,670	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数3)	47,710	PRP(インプラント)	55,880
【矯正】機能検査(顎運動機能検査)	32,430	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数4)	53,040	メンテナンスAセット(インプラント)	1,410
【矯正】機能検査(セットアップモデル)	40,540	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数5)	58,370	メンテナンスBセット(インプラント)	1,290
【矯正】診断料	30,510	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数6)	63,710	メンテナンスCセット(インプラント)	1,880
【矯正】基本施術料	163,420	サージカルステント(パイロットガイド)(孔数7以上)	69,040	手術室使用料(インプラント)	55,880
【矯正】基本施術料(少数歯)	57,390	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数1)	47,710	スマートペグ	5,430
【矯正】舌側弧線装置(片顎)	37,340	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数2)	53,040	インレー(単純)	23,470
【矯正】ダイレクトボンディング装置(片顎)金属ブラケット	88,010	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数3)	58,370	インレー(複雑)	35,210
【矯正】ダイレクトボンディング装置(片顎)プラスチックブラケット	93,340	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数4)	63,710	アンレー	46,930
【矯正】ダイレクトボンディング装置(片顎)セラミックブラケット	99,850	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数5)	69,040	クラウン	58,670
【矯正】セクショナルアーチ(8歯以下)	48,430	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数6)	74,370	モルテノ総義歯	58,670
【矯正】リングブラケット(片顎)	247,370	サージカルステント(ユニバーサルガイド)(孔数7以上)	79,710	金属床義歯(1～4歯)	70,410
【矯正】インダイレクトボンディング装置(片顎)	105,390	サージカルステント(セーフガイド)(孔数1)	50,910	金属床義歯(5～8歯)	93,870
【矯正】機能的顎矯正装置	60,480	サージカルステント(セーフガイド)(孔数2)	57,310	金属床義歯(9～11歯)	117,330
【矯正】機能的顎矯正装置(拡大ネジ付き)	69,770	サージカルステント(セーフガイド)(孔数3)	63,710	金属床義歯(12～14歯)	140,810
【矯正】床矯正装置(片顎)	38,830	サージカルステント(セーフガイド)(孔数4)	70,110	金属床総義歯	164,270
【矯正】拡大床矯正装置(片顎)	45,130	サージカルステント(セーフガイド)(孔数5)	76,510	貴金属床義歯(1～4歯)	140,810
【矯正】Wタイプ拡大装置	48,750	サージカルステント(セーフガイド)(孔数6)	82,910	貴金属床義歯(5～8歯)	176,010
【矯正】急速拡大装置	50,250	サージカルステント(セーフガイド)(孔数7以上)	82,910	貴金属床義歯(9～11歯)	234,670
【矯正】ヘッドギア	37,450	サージカルステント(セーフガイド)(孔数1)	23,050	貴金属床義歯(12～14歯)	281,610
【矯正】チンキャップ	30,620	サージカルステント(ノーベルバイオゲル)(孔数2～4)	34,570	貴金属床総義歯	328,530
【矯正】前方牽引装置(マスクタイプ)	47,150	サージカルステント(ノーベルバイオゲル)(孔数5以上)	57,610	金属歯(1歯につき)	23,470
【矯正】前方牽引装置(ホルンタイプ)	39,050	鉤歯部・ダイコア(1歯につき)	117,330	リング	35,210
【矯正】ホールディングアーチ	32,540	診断用模型(インプラント)	5,580	磁性アタッチメント(1歯につき)	35,210
【矯正】パラタルバー	31,690	模型作成料(インプラント)	1,670	テレスコープ(1歯につき)	70,410
【矯正】リップバンパー	31,790	インプラント設計料説明(インプラント)	11,170	レヴィンブレード	35,210
【矯正】タンククリップ(可撤式・固定式)	42,140	パントモ撮影料(インプラント)	4,470	バーアタッチメント	58,670
【矯正】ダイナミックポジショナー	63,150	CT撮影料(一顎)(インプラント)	16,770	小児義歯(1～5歯)	23,470
【矯正】ヘッドギア付ダイナミックポジショナー	73,180	ボールステント(診断用ステント)作成料(インプラント)	17,870	小児義歯(6～10歯)	35,210
【矯正】可撤式保定装置	38,730	ドリル類材料費(インプラント)	16,770	フッ素塗布1回	3,530
【矯正】可撤式保定装置(QCM)	42,670	フィクスチャー材料費(1装置)(インプラント)	44,710	診断用ワックスアップ	1,100
【矯正】固定式保定装置	29,660	注水ホース(インプラント)	2,930	3Dデータ作成料	10,860
【矯正】FWSリテーナー	17,510	一次手術手技料(一装置)(インプラント)	78,230	シミュレーション料	22,360
【矯正】レイサム装置(調節料含む)	160,010	二次手術手技料(インプラント)	55,880	抜歯即時加算	2,830
【矯正】エラスチックホルダー(1個)	60	ヒーリングアパットメント材料費(一装置)(インプラント)	5,870	ミニインプラント(暫間インプラント)	13,050
【矯正】顎間ゴム(1袋)	380	歯肉パンチ(インプラント)	7,050	スマートペグホルダー	5,430
【矯正】調節料	5,870	ボールアタッチメント(インプラント)	21,020	骨延長術(インプラント)	242,390
【矯正】観察料	3,740	デジタル撮影料(自費)	620	顎堤形成術(相対的顎堤形成術)(インプラント)	3,260
【矯正】調節料(舌側矯正治療)	7,470	個人トレー作成料(インプラント)	1,130	粘膜移植術(インプラント)	8,370
【矯正】転医指導料	17,390	印象材料費(インプラント)	5,580	結合組織移植術(インプラント)	8,370
【矯正】口腔衛生指導料	5,550	印象用コーピング材料費(一装置)(インプラント)	6,100	ロケーターアパットメント材料費(一装置)(インプラント)	21,730
クリプライナー3枚(ソフト、ミディアム、ハード)	38,730	陶材焼付け焼造(インプラント)	78,230	咬合床作成費(インプラント)	10,860
クリプライナー2枚(ソフト、ハード)	38,730	全部鑄造(インプラント)	67,050	咬合採得(1～4歯)(インプラント)	600
インプラントアンカー(プレート1枚、スクリュー3本)	34,140	可撤式義歯(アタッチメント2本)(インプラント)	166,880	咬合採得(5～9歯)(インプラント)	2,060
インプラントアンカー(スクリュー1本)	16,010	可撤式義歯(アタッチメント4本)(インプラント)	281,610	咬合採得(10歯以上)(インプラント)	3,050
インプラントアンカー(除去料)	9,070	骨移植(同創部より採骨)(インプラント)	19,330	プロビジョナルレストレーション(インプラント)	6,530
サージカルステント(パイロットガイド)(孔数1)	37,040	骨移植(他部位より採骨)(インプラント)	102,360	メタルフレーム試適(インプラント)	630
		上顎洞底挙上術(片側)(インプラント)	72,640	オールセラミックス(インプラント)	102,130
		顎堤形成術(一顎)(インプラント)	72,630	ハイブリッド前装冠(インプラント)	52,160

歯科・口腔外科・矯正歯科

歯科・口腔外科・矯正歯科

歯科・口腔外科・矯正歯科

公立大学法人横浜市立大学附属病院 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10点を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。

項目名	金額	項目名	金額	項目名	金額
ホーンアンカード(メタルフレーム)加算(インプラント)	38,030	抗PLA2R抗体検査	28,000	至)NK-Cell分画(HLA研究所)	16,270
連結加算(インプラント)	6,530	抗胃壁細胞抗体検査	4,480	標)マクロファージ分画(HLA研究所)	13,560
管理料(セット料)(インプラント)	10,860	リンパ球クロスマッチ正試験	12,550	至)マクロファージ分画(HLA研究所)	16,270
スクリュー交換(インプラント)	5,430	ビタミンA	3,360	標)リンパ球分画(HLA研究所)	6,790
一時撤去・洗浄(インプラント)	2,180	EBER flow FISH	89,600	至)リンパ球分画(HLA研究所)	8,140
瘻孔切除(インプラント)	1,320	HLA-A(DNAタイピング)	46,940	標)HLAクラスI抗体スクリーニング(HLA研究所)	14,920
デブリードメント(インプラント)	19,560	HLA-B(DNAタイピング)	46,940	至)HLAクラスI抗体スクリーニング(HLA研究所)	17,900
パウダー噴霧(含デブリードメント費用)	46,720	抗筋内膜抗体	7,170	標)HLAクラスII抗体スクリーニング(HLA研究所)	14,920
クラウンルーブ	16,300	HLA型検査クラスI(A,B,C)(一連につき)	10,670	至)HLAクラスII抗体スクリーニング(HLA研究所)	17,900
Sleep・slint(PMA)	58,670	脳幹反応聴力検査(自費)	8,100	標)HLAクラスI抗体同定(HLA研究所)	29,830
Sleep・slint用ケース	820	精液検査	750	至)HLAクラスI抗体同定(HLA研究所)	35,790
アプノモニター(判断料込)	8,450	抗寄生虫抗体スクリーニング検査	4,270	標)HLAクラスII抗体同定(HLA研究所)	29,830
麻酔時保護シーネ	5,870	NK細胞活性	5,980	至)HLAクラスII抗体同定(HLA研究所)	35,790
ノンクラス義歯(1~3歯)	82,130	EBウイルスDNA(クロナリティ)	12,810	トキソプラズマIgG抗体	2,470
ノンクラス義歯(4~7歯)	117,330	アデノウイルスDNA定量	8,010	トキソプラズマIgG抗体アビディティ	24,640
ノンクラス義歯(8~13歯)	140,810	IL-10	8,540	ウロン酸定量・分画	55,450
ファイバーポスト	11,730	IL-6	8,540	エキソコックス抗体	2,470
CAD/CAMコアフレーム	112,170	HLA-DR Locus(SRL)	23,900	CMV定量-LQ	29,570
インセラム	92,460	HLA-A, B Locus(SRL)	29,870	CETP定量	7,400
エステニア	46,810	寄生虫抗体スクリーニング検査	4,270	溶血性貧血検査(1次検査 スクリーニング検査)	18,490
硬質レジン	36,960	標)HLA-A, B, C, DR遺伝型検査(HLA研究所)	53,540	溶血性貧血検査(2次検査 遺伝子検査)	24,640
スポーツ歯科マウスガード(複層)	11,730	至)HLA-A, B, C, DR遺伝型検査(HLA研究所)	64,250	オプショナルスクリーニング(12疾患)	9,890
術後の創保護シーネ	5,870	HLA遺伝子型タイピング(NGS法)(HLA研究所)	61,000	(1薬剤使用)好塩基球活性化試験(BAT)	9,860
LMS用シーネ	5,870	標)HLA-A遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	(2薬剤使用)好塩基球活性化試験(BAT)	19,720
顎補綴加算(困難)	23,470	至)HLA-A遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	トキソカラIgG	17,250
顎補綴加算(著しく困難)	58,670	標)HLA-B遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	(3薬剤使用)好塩基球活性化試験(BAT)	29,570
エビテーゼ	117,330	至)HLA-B遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HBV分子系統解析検査(一人あたり)	27,730
スピーチエイド	17,610	標)HLA-C遺伝型検査(HLA研究所)	18,310	M, AB亜種同定	18,490
舌接触補助床(金属床)	187,730	至)HLA-C遺伝型検査(HLA研究所)	21,970	HVBサブジェノタイプ判定検査	18,490
プロキシソフト3in1フロス	1,520	標)HLA-DRB1遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	APOE遺伝子型用検査	5,600
プロキシソフトベリオフロス	1,650	至)HLA-DRB1遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HLA(院内・追加精査(3ローカス4桁)の場合)骨髄移植	44,700
プロキシソフトブリッジ&インプラント	1,410	標)HLA-DQA1遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	HLA(院内・追加精査(3→5ローカス4桁)の場合)骨髄移植	13,210
カラーゲン使用人工骨ボナーク(ロッドタイプ)	16,810	至)HLA-DQA1遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HLA(院内・追加精査(3→5ローカス)の場合)骨髄移植	33,530
カラーゲン使用人工骨ボナーク(ディスクタイプ)	25,870	標)HLA-DQB1遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	HLA(院内・追加精査(3ローカス)の場合)骨髄移植	20,330
メンブレン(バイオガイド25×25mm)	23,420	至)HLA-DQB1遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HLA(院内・薬剤感受性の場合)	27,740
メンブレン(バイオガイド30×40mm)	36,110	標)HLA-DPA1遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	HLA(院内・死体腎移植登録の場合)	17,500
骨補填剤(バイオオスS 0.25g)	11,720	至)HLA-DPA1遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HLA(院内・生体肝移植・腎移植の場合)	45,050
骨補填剤(バイオオスS 0.5g)	14,050	標)HLA-DPBI遺伝型検査(HLA研究所)	15,600	HLA(院内・骨髄移植の場合)	57,910
CR充填	18,010	至)HLA-DPBI遺伝型検査(HLA研究所)	18,710	HLA-DR Locus(院内)	14,230
レントゲン撮影料 デンタル	560	標)ナルコレプシー診断(HLA-DRB1, DQB1遺伝子型検査)(HLA研究所)	27,110	HLA-A, B Locus(院内)	10,160
鉤歯部・メタルボンド(1歯につき)	93,870	至)ナルコレプシー診断(HLA-DRB1, DQB1遺伝子型検査)(HLA研究所)	32,540		
グラニュールS 0.25g	9,250	標)移植後キメリズム(HLA研究所)	37,280		
グラニュールS 0.5g	14,650	至)移植後キメリズム(HLA研究所)	44,730		
グラニュールM 0.25g	9,250	標)T-Cell分画(HLA研究所)	13,560		
グラニュールM 0.5g	14,650	至)T-Cell分画(HLA研究所)	16,270		
グラニュールM 2g	53,220	標)B-Cell分画(HLA研究所)	13,560		
クリアコレクト	234,670	至)B-Cell分画(HLA研究所)	16,270		
		標)NK-Cell分画(HLA研究所)	13,560		

歯科・口腔外科・矯正歯科

自費検査

自費検査