

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	<p>■初診料・再診料加算額</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<p>5,500円（医科・歯科）</p> <p>2,750円（医科・歯科）</p>
	■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
	<p>■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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。) 	<p>費用負担なし</p> <p>18,637円（1コースにつき）</p>
	<p>■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</p> <p>テクニス マルチフォーカル ワンピース（ZMB00/ZLB00/ZKB00）</p> <p>テクニス シンフォニー VB（ZXR00V）</p> <p>テクニス シンフォニー トーリック VB（ZXV150/225/300/375）</p> <p>テクニス シナジー オプティブルー Simplicity（DFR00V）</p> <p>テクニス シナジー トーリックⅡ オプティブルー Simplicity（DFW150/225/300/375）</p> <p>アルコン アクリソフ IQ レストア +2.5D シングルピース（SV25T0）</p> <p>アルコン アクリソフ IQ レストア +2.5D トーリック シングルピース（SV25T3/4/5/6）</p> <p>アルコン アクリソフ IQ PanOptix シングルピース（TFNT00）</p> <p>アルコン アクリソフ IQ PanOptix トーリック シングルピース（TFNT30/40/50/60）</p>	<p>184,000円（片側につき）</p> <p>195,000円（片側につき）</p> <p>215,000円（片側につき）</p> <p>294,000円（片側につき）</p> <p>327,000円（片側につき）</p> <p>198,000円（片側につき）</p> <p>216,000円（片側につき）</p> <p>294,000円（片側につき）</p> <p>327,000円（片側につき）</p>

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 既往症、経過現症又は診断結果の概要を記載するもの その他簡易なもの	3,300円～5,500円 2,200円～3,300円 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 カラーコピー CD-R	22円（1枚につき） 110円（1枚につき） 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

■遺伝カウンセリング料		5,500円 (1回目)	
		4,400円 (2回目以降)	
■遺伝子検査	MMRスクリーニング	143,000円	
	MMRシングルサイト	55,000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関連疾患	71,500円	
	APC遺伝子スクリーニング	110,000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	
	非ジストロフィー性ミオトニー症候群遺伝子検査	51,700円	
	結節性硬化症遺伝子検査	51,700円	
	グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	51,700円	
	レット症候群遺伝子検査	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)	
	副腎疾患遺伝子検査	62,700円	
	成長障害遺伝子検査	62,700円	
	性分化疾患遺伝子検査	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	
	血友病遺伝子検査	51,700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	
	神経線維腫症遺伝子検査	51,700円	
	TP53スクリーニング	100,100円	
	PTENスクリーニング	100,100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	
	脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患遺伝子検査	67,100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	
■HLA抗原型検査		14,600円	
■HLA遺伝子型検査		39,410円	
■腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (入院費用等別途必要)		165,000円	
■肺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (入院費用等別途必要)		165,000円	
■骨軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法 (入院費用等別途必要)		165,000円	
■経頸静脈肝内門脈大循環短絡術 (入院費用等別途必要)		188,710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) 休日・深夜(深夜は22時から翌6時まで)		210,000円 (240,000円) ※ 294,000円 (336,000円) ※
■胎盤処理料		2,300円 ※
■産後材料費	正 常 妊娠中期	6,000円 ※ 3,000円 ※
■産科・外来初診料		7,820円 ※
■産科・外来再診料		1,260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 中期 後期 褥婦 中期(母親学級) 後期(母親学級)	740円 ※ 740円 ※ 740円 ※ 740円 ※ 1000円 ※ 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 トキソプラズマavidity検査 抗ミューラー管ホルモン(AMH)検査 羊水α-フェトプロテイン検査 羊水染色体分析(G-band法)検査 羊水染色体分析(RapidFISH法)検査 流死産絨毛・胎児組織(POC)染色体分析検査 不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査 羊水穿刺 POC判断料		680円 20,900円 3,050円 13,930円 80,810円 89,610円 80,880円 20,000円 1,580円 1,650円
■人工中絶手術	満11週未満 満11週以上満21週未満	126,630円 138,610円 (154,810円)
■新生児雑費 新生児保育料、新生児特別材料費、ミルク代	保険対応児1日につき	700円 ※ 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
■発音嚙下補助装置用金属床		170,150円
■発音嚙下補助装置の付加料		27,650円
■発音嚙下補助装置調整料		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
	// (X線検査(MDCT))	2,750円
	// (パントモ1画像)	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
	ステント	1,100円
		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
	※診断用ワックスアップ	11,000円
		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)	140円	
	ガム歯間ブラシL字型サイズ2SS (4本入)	140円	
	ガム歯間ブラシL字型サイズ3S (4本入)	140円	
	ガム歯間ブラシL字型サイズ4M (4本入)	140円	
	ガム歯間ブラシL字型サイズ5L (4本入)	140円	
	サムフレンド プチ 歯間ブラシL型指導用SSS	30円	
	サムフレンド プチ 歯間ブラシL型指導用SS	30円	
	サムフレンド プチ 歯間ブラシL型指導用S	30円	
	サムフレンド プチ 歯間ブラシL型指導用M	30円	
	サムフレンド プチ 歯間ブラシL型指導用L	30円	
■歯ブラシ	バトラー ハブラシ #025NEO (M)	220円	
	バトラー ハブラシ #025NEO (S)	220円	
	バトラー シングルタフト #01S	170円	
	バトラー シングルタフト #01F	170円	
■口腔ケア関連他	バトラー スポンジブラシ (10本入)	170円	
	バトラー スポンジブラシ (50本入)	850円	
	バトラー マウスコンディショナー 250mL	1,070円	
	バトラー ジェルスプレー 50mL	1,210円	
	バトラー うるおい透明ジェル 65g	850円	
	バトラー クリーンマウスウォッシュ 80mL	1,510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	モルテン タングッド	130円	
■コンクール	F	700円	
	マウスリンス	820円	
	マウスジェル	1,130円	
■ペプサチル	ジェントル トゥースペースト 126g	1,160円	
	ジェントル マウスジェル 42g	1,020円	
	ジェントル マウスウォッシュ 474ml	1,160円	
■ライオデント義歯歯ブラシ		250円	
■ライオン DENT EX ウルトラフロスS10入(カラーホルダー)		390円	
■銀座ステファニー化粧品 デンタルフロス ロウ付		410円	
■口唇閉鎖カトレーニングとじろうくんMメディカル		2,470円	
■Jeil Medical社 顔面用バンテージ		5,880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	58,470円
	ゴールド・インレー	1 歯につき	59,390円
	フルジルコニア・クラウン	1 歯につき	73,220円
	フルメタルクラウン・ゴールド	1 歯につき	75,680円
	メタルボンド	1 歯につき	88,800円
	オールセラミック	1 歯につき	101,360円
	セラミックインレイ	1 歯につき	64,200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