

## 京都大学医学部附属病院諸料金規程

平成29年12月14日

達示第64号全部改正

第1条 京都大学医学部附属病院（以下「病院」という。）で徴収する診療等に関する料金の額及びその徴収方法については、国立大学等の授業料その他の費用に関する省令（平成16年文部科学省令第16号）第12条の規定に基づき定めたこの規程によるものとする。

第2条 病院で徴収する診療等の料金は、別表に掲げるもののほか、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく診療報酬の算定方法（平成28年厚生労働省告示第52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に定める点数に10円（交通事故に係る自費診療及び日本国籍を有さず、かつ、日本国内で有効な公的健康保険を有しない患者に係る自費診療にあつては20円）を乗じて得た額（消費税法（昭和63年法律第108号）及び地方税法（昭和25年法律第226号）の規定により消費税及び地方消費税が課される診療等の料金にあつては、その額に100分の108を乗じて得た額）とする。ただし、消費税法に規定される医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については非課税とする。

2 治験に係る診療で保険外併用療養費支給対象外となる料金については、前項の本文に規定する料金の額を準用する。

3 社会保険及び社会福祉等関係法令に基づく患者及び費用負担等について特段の協定等を行っている患者に係る診療等に関する料金の額及びその徴収方法は、第1項に定めるところによるほか、当該法令及び協定等の定めるところによる。

4 前3項の規定にかかわらず、これらの規定により難しいものについては、個々の診療等の料金の徴収のつど総長が定める。

第3条 入院又は退院当日の特別室使用料は、時間にかかわらず1日分の料金とする。

2 転室した日の特別室使用料は、転入した室の料金とする。

3 患者の希望により、病室の患者収容定員を減じて入室させた場合の特別室使用料は、当該病室の等級を相当等級に繰り上げた額を基準としてそのつど総長が定める。

第4条 外来患者に係る診療等の料金は原則として前納とし、入院患者に係る診療等の料金は毎月1日から末日までの分を翌月に徴収する。ただし、退院の場合は、退院までの分を退院時に徴収する。

第5条 この規程の施行に必要な事項は別に定める細則による。

### 附 則

この規程は、平成30年1月1日から施行する。

別表1 保険外併用療養費

区分	算定単位	料金（円）	備考
1 評価療養費			
(1) 先進医療			
ア 多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	1 眼につき	(279, 000)	
イ 重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病に対する脳死ドナー又は心停止ドナーからの臍島移植 重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病	1 回につき	(357, 100)	
ウ 急性リンパ性白血病細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的 PCR 法による骨髄微小残存病変 (MRD) 量の測定	1 回につき	(94, 600)	
エ ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 肺がん（扁平上皮肺がん及び小細胞肺がんを除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。）	1 回につき	(10, 100)	
オ 放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法 初発の中脳神経系原発悪性リンパ腫（病理学的見地からびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫であると確認されたものであって、原発部位が大腦、小脳又は脳幹であるものに限る。）			
入院	1 回につき	(118, 395)	
外来	1 回につき	(2, 789)	
カ FDG を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影による不明熱の診断 不明熱（画像検査、血液検査及び尿検査により診断が困難なものに限る。）	1 回につき	(80, 257)	
キ LDL アフェレシス療法	1 回につき	(3, 490)	
ク FOLFOX6 単独療法における血中 5-FU 濃度モニタリング情報を用いた 5-FU 投与量の決定	1 回につき	(19, 780)	
ケ 腹腔鏡下広汎子宮全摘術	1 回につき	(781, 450)	
コ 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術 子宮頸がん (FIGO による臨床進行期分類が IB 期以上及び II B 期以下の扁平上皮がん又は FIGO による臨床進行期分類が IA 2 期以上及び II B 期以下の腺がん) であって、リンパ節転移及び	1 回につき	(1, 316, 969)	

	腹腔内臓器に転移していないものに限る。)			
サ	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。)	1コース(14日間)につき	(4,774)	
シ	全身性エリテマトーデスに対する初回副腎皮質ホルモン治療におけるクロピドグレル硫酸塩、ピタバスタチンカルシウム及びトコフェロール酢酸エステル併用投与の大腿骨頭壊死発症抑制療法 全身性エリテマトーデス(初回の副腎皮質ホルモン治療を行っている者に係るものに限る。)			ただし、外来については、外来処方時及び外来処方日数加算の合計額を請求する。
	入院初日	1日につき	(2,426)	
	入院2日目以降	1日につき	(434)	
	外来処方時	1回につき	(885)	
	外来処方日数加算	1日につき	(346)	
(2) 医薬品医療機器等法に基づく承認又は認証を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用等				
ア	交流電場腫瘍治療システム・オプチューン 7290107981309(黒一対) 7290107981316(白一対) 使用開始日から起算して1月経過した日以後も使用を継続する場合において、使用終了日の属する使用期間が1月に満たない場合	1月につき 1月につき 1日につき	1,544,400 1,544,400 103,032	使用にあたっては、黒一対と白一対を一組として使用する。ただし、使用開始日から起算して1月以内に使用を終了した場合は、使用日数にかかわらず1月の金額とする。
2 選定療養費				
(1) 特別室使用料				
ア	個室C 普通室の料金に対する加算額	1日につき	10,000 (9,260)	

イ 個室D 普通室の料金に対する加算額	1日につき	9,000 (8,334)	
ウ 個室SS 普通室の料金に対する加算額	1日につき	120,000 (111,112)	
エ 個室SA 普通室の料金に対する加算額	1日につき	100,000 (92,593)	
オ 個室SB 普通室の料金に対する加算額	1日につき	36,000 (33,334)	
カ 個室SC 普通室の料金に対する加算額	1日につき	18,000 (16,667)	
キ 個室SD 普通室の料金に対する加算額	1日につき	13,000 (12,038)	
ク 個室SE 普通室の料金に対する加算額	1日につき	9,000 (8,334)	
ケ 2人室SF 普通室の料金に対する加算額	1日につき	4,000 (3,704)	
コ 個室SG 普通室の料金に対する加算額	1日につき	24,000 (22,223)	
サ 個室MA 普通室の料金に対する加算額	1日につき	18,000 (16,667)	
シ 個室MB 普通室の料金に対する加算額	1日につき	13,000 (12,038)	

(2) 特定機能病院における初再診時負担額

ア 初診時負担額（他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者の場合）	1回につき	5,400 (5,000)	
イ 再診時負担額（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、受診した患者の場合）	1回につき	2,700 (2,500)	

(3) 制限回数を超えて受けた診療

ア 検査（腫瘍マーカー）			
癌胎児性抗原（CEA）	1回につき	1,166	
α-フェトプロテイン（AFP）	1回につき	1,188	
前立腺特異抗原（PSA）	1回につき	1,447	
CA19-9	1回につき	1,447	
イ リハビリテーション			
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位	2,214	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位	2,646	

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （当該患者が要介護被保険者等である場合）	1 単位	1,587	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	1 単位	1,944	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） （当該患者が要介護被保険者等である場合）	1 単位	1,166	
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	1 単位	1,998	
運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （当該患者が要介護被保険者等である場合）	1 単位	1,198	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	1 単位	1,890	
(4) 入院期間が 180 日を超えた日以後の入院に係る療養 の入院料	1 日につき	2,592	
(5) 差額徴収の対象となる料金			
ア 保存料、補綴料、小児歯科領域 金属歯冠修復料 白金加金又は金合金前歯 歯冠継続歯料 白金加金又は金合金前歯		使用材料の 購入価格か ら健康保険 法及び高齢 者の医療の 確保に関す る法律の規 定に基づく 診療報酬の 算定方法別 表第 2 歯科 診療報酬点 数表の第 2 章第 1 2 部 第 3 節に定 める使用材 料料の点数 に 10 円を 乗じて得た 額を控除し た額に 10 0 分の 10 8 を乗じて 得た額	
(6) 保険外併用療養費に係る金属床総義歯の料金			
ア 白金加金（上顎・下顎）	1 床につき	410,900	左記に定

イ 金合金（上顎・下顎）	1床につき	386,900	める1床 当たりの 価格から 保険外併 用療養費 を控除し た金額に 100分の 108 を乗じて 得た額
ウ 特殊合金（上顎・下顎）	1床につき	188,600	
エ チタン合金（上顎・下顎）	1床につき	287,800	
(7) 保険外併用療養費（選定療養）に係る齶蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金			
ア フッ化物局所応用	1口腔1回につき	2,100	左記に定 める価格 に100分 の108 を乗じ て得た額

備考 料金は全て税込表示である。ただし、括弧内の料金については、非課税とする。

別表2 療養の給付と直接関係ないサービス等

区分	算定単位	料金（円）	備考
1 病衣貸与料	1日につき	178 (165)	
2 文書料（法令に基づき無料で交付すべきものを除く。）及び文書発送料			
(1) 普通診断書料	1通につき	2,160	
(2) 死亡診断書（死体検案書）料	1通につき	2,160	
(3) 特殊診断書料			
ア 自動車損害賠償責任保険に係る診断書料	1通につき	5,400	
イ 上記以外の診断書料	1通につき	4,320	
(4) 証明書料	1通につき	1,620	
(5) 特殊証明書料			
ア 自動車損害賠償責任保険に係る診断書料	1通につき	4,320	
イ 上記以外の診断書料	1通につき	3,240	
(6) 文書発送料（文書を郵便により交付する場合）		当該郵送に 必要となる 日本郵便株 式会社が定 める第一種 郵便物の料 金	
3 診療情報の開示に係る料金			
(1) 京都大学における個人情報の保護に関する規程（平成17年達示第1号）に基づく診療情報の開示に係る料金	法人文書1件 につき	300	
(2) (1)以外の診療情報の開示に係る料金			
ア 診療録等複写料（電子式複写）	1枚につき	20	
イ X線フィルム複写料			
半切	1枚につき	820	
大角	1枚につき	680	
大4ツ切	1枚につき	580	
4ツ切	1枚につき	490	
6ツ切	1枚につき	370	
ウ 電子媒体複写料（放射線画像の複写に限る。）	DVD-R 1枚につ き	1,080	
4 薬剤容器料	1個	108 (100)	
5 日常生活上必要なサービスに係る費用			

(1) 緊急入院用グッズ (歯ブラシ・ストロー・割り箸・スプーン・フォーク・コップ)	1セット	216	日常生活上必要なサービスに係る費用は購入価格による
(2) 紙オムツ (大人用テープ式パンツタイプ・Sサイズ)	1袋 (2枚入)	259	
(3) 紙オムツ (大人用テープ式パンツタイプ・Mサイズ)	1袋 (3枚入)	583	
(4) 紙オムツ (大人用テープ式パンツタイプ・Lサイズ)	1袋 (3枚入)	680	
(5) 紙オムツ (子供用テープタイプ・Sサイズ)	1袋 (2枚入)	34	
(6) 紙オムツ (子供用テープタイプ・Mサイズ)	1袋 (2枚入)	129	
(7) 紙オムツ (子供用テープタイプ・Lサイズ)	1袋 (2枚入)	129	
(8) 紙オムツ (子供用テープタイプ・未熟児)	1袋 (32枚入)	2,280	
(9) 紙オムツ (子供用テープタイプ・未熟児用 SS)	1袋 (20枚入)	518	
(10) 紙オムツ (子供用テープタイプ・新生児 (小) 3S)	1袋 (36枚入)	453	
(11) 紙オムツ (子供用テープタイプ・新生児 2S)	1袋 (36枚入)	453	
(12) 紙オムツ (子供用テープタイプ・新生児 3000g まで)	1袋 (40枚入)	414	
(13) 紙オムツ (子供用テープタイプ・新生児 5000g まで)	1袋 (40枚入)	414	
(14) ガーゼねまき	1枚	1,058	
<b>6 予防接種料</b>			
(1) 子宮頸がんワクチン			
ア サーバリックス	1回につき	16,500	
イ ガーダシル	1回につき	16,500	
(2) ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型 (Hib) ワクチン (本院治療患者で当該予防接種が必要と医師が判断した場合に限る。)	1回につき	8,273	
(3) 小児肺炎球菌ワクチン (本院治療患者で当該予防接種が必要と医師が判断した場合に限る。)	1回につき	11,578	
(4) 四種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ) ワクチン (本院治療患者で当該予防接種が必要と医師が判断した場合に限る。)	1回につき	10,930	
(5) B型肝炎ワクチン (本院治療患者で当該予防接種が必要と医師が判断した場合に限る。)	1回につき	6,761	
<b>7 死後の処置に要する料金</b>			
(1) エンゼルケア料	1回につき	5,400	

備考 料金は全て税込表示である。ただし、括弧内の料金については、非課税とする。



別表3 患者の意思による自由診療（医科領域に係る診療）

区分	算定単位	料金（円）	備考
1 各種相談料			
(1) セカンドオピニオン相談料	1回につき	32,400	
(2) 遺伝子診療相談料			
ア 初診	1時間につき	5,915	
イ 初診時の加算額	30分につき	2,026	
ウ 再診	30分につき	2,026	
エ 再診時の加算額	30分につき	2,026	
(3) 女性のこころとからだの相談室			
ア 医師カウンセリング料	30分につき	5,400	
イ 医師カウンセリング料の加算額	30分につき	5,400	
ウ 助産師ケア料	30分につき	2,160	
エ 助産師ケア料の加算額	30分につき	2,160	
(4) 精神科心理療法料	1回につき	6,480	
(5) がん・生殖医療相談			
ア がん・生殖医療相談料	1回（30分まで）につき	7,452	
イ がん・生殖医療相談料の加算額	30分につき	7,452	
2 各種検査料			
(1) 産科婦人科における各種検査料			
ア 妊婦検診	1回につき	(4,500)	
イ ノンストレステスト	1回につき	(2,000)	
ウ 胎児超音波外来	1回につき	(6,000)	
エ AMH（抗ミュラー管ホルモン）検査料	1回につき	(7,236)	
(2) がんクリニカルシーケンス検査（原発不明がん・希少がん・標準治療に不応となったがん症例を対象とする。）			
ア がんクリニカルシーケンス検査料	1回につき	883,980	
イ 検体組織の状態等に起因する解析中止の場合	1回につき	343,980	
(3) 呼吸器疾患検査料			
ア アスペルギルス抗体（オクタロニー法）	1回につき	3,672	
イ 寄生虫抗体スクリーニング検査	1回につき	3,672	
ウ 寄生虫症免疫診断検査	1回につき	4,536	
エ シロリムス	1回につき	2,916	
オ Immuno CAP IgG（ハト、セキセイインコ）	1回につき	7,128	
カ Immuno CAP IgG（アスペルギルス）	1回につき	7,884	
キ 抗GM-CSF抗体	1回につき	47,196	

ク	HLA-DRB1、DQB1	1回につき	23,868	
(4) B型肝炎訴訟に係る検査料				
ア	HBV分子系統解析検査	1回につき	24,300	
イ	HBVサブジェノタイプ判定検査	1回につき	16,200	
(5) オンコタイプDX検査料				
(6) 腫瘍関連遺伝子検査料				
ア	乳がん遺伝子検査に係る料金			
	HBOCスクリーニング	1回につき	241,488	
	追加HBOCスクリーニング	1回につき	154,440	
	クイックHBOC	1回につき	279,612	
	HBOCシングルサイト	1回につき	38,124	
	BRCA MLPA	1回につき	38,124	
イ	多発性内分泌腺腫症の遺伝子診断に係る料金			
	MEN1シングルサイト	1回につき	25,488	
	MEN1スクリーニング	1回につき	71,280	
	クイックMEN1スクリーニング	1回につき	95,040	
	MEN2シングルサイト	1回につき	25,488	
	MEN2スクリーニング	1回につき	42,660	
	クイックMEN2スクリーニング	1回につき	78,408	
ウ	リンチ症候群の遺伝子診断に係る料金			
	MMRシングルサイト	1回につき	38,124	
	MMRスクリーニング	1回につき	142,560	
	追加MMRスクリーニング	1回につき	71,280	
エ	Li-Fraumeni症候群(LFS)の遺伝子診断に係る料金			
	TP53シングルサイト	1回につき	38,124	
	TP53スクリーニング	1回につき	106,920	
	追加TP53スクリーニング	1回につき	35,640	
オ	Cowden症候群の遺伝子診断に係る料金			
	PTENシングルサイト	1回につき	38,124	
	PTENスクリーニング	1回につき	106,920	
	追加PTENスクリーニング	1回につき	35,640	
カ	家族性大腸腺腫症(FAP)遺伝子診断に係る料金			
	APCシングルサイト	1回につき	38,124	
	APCスクリーニング	1回につき	106,920	
	追加APCスクリーニング	1回につき	35,640	
キ	その他腫瘍関連遺伝子検査に係る料金			

COL2A1 (exon 1-39) シーケンス解析	1 回につき	152,496
COL2A1 (exon 40-54) シーケンス解析	1 回につき	101,736
COMP (exon 1-7,15-19) シーケンス解析	1 回につき	101,736
COMP (exon 8-14) シーケンス解析	1 回につき	50,868
von Hippel-Lindau 病	1 回につき	48,384
コネキシン 32 塩基配列決定	1 回につき	61,020
P0 遺伝子 exon1~6 塩基配列解析	1 回につき	61,020
PMP22 塩基配列決定	1 回につき	40,068
ジストロフィン遺伝子解析	1 回につき	36,288
脊髄小脳変性症-SCA1	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA2	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA3	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA6	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA10	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA12	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-SCA17	1 回につき	20,412
脊髄小脳変性症-DRPLA	1 回につき	20,412
MEFV 遺伝子 (exon 1,3-10) シーケンス解析	1 回につき	101,736
脆弱 X 症候群の遺伝子解析	1 回につき	25,488
CGH アレイ血液	1 回につき	203,364
MECP2 遺伝子 (exon3,4) 変異解析	1 回につき	50,868
メチレーション PCR SNRPN	1 回につき	50,868
21 水酸化酵素欠損症 CYP21A2 解析	1 回につき	40,068
LDL-R E119K	1 回につき	5,184
LDL-R C317S	1 回につき	5,184
LDL-R 1847T-C	1 回につき	5,184
LDL-R L547V	1 回につき	5,184
LDL-R P664L	1 回につき	5,184
LDL-R K790X	1 回につき	5,184
LDL-R 遺伝子セット	1 回につき	30,564
CETP 1452G-A	1 回につき	5,184
CETP D442G	1 回につき	5,184
CETP 遺伝子セット	1 回につき	10,260
LPL 遺伝子変異セット	1 回につき	91,584
mtDNA 変異 3460	1 回につき	5,184
mtDNA 変異 11778	1 回につき	5,184
mtDNA 変異 14484	1 回につき	5,184
ミトコン遺伝子セット (Leber 病)	1 回につき	15,336

mt-DNA1555 塩基点突然変異	1 回につき	20,412	
MELAS 3243塩基点突然変異	1 回につき	20,412	
MERRF 8344塩基点突然変異	1 回につき	20,412	
CPEO ミトコンドリア DNA 欠失解析	1 回につき	25,164	
ミトコンドリアDNAセット (スクリーニング)	1 回につき	40,716	
LHON ミトコンドリア DNA 変異プロファイル	1 回につき	88,992	
MELAS ミトコンドリア DNA Evaluation	1 回につき	127,008	
MERRF ミトコンドリア DNA Evaluation	1 回につき	120,744	
NARP ミトコンドリア DNA Evaluation	1 回につき	44,496	
Y 染色体微小欠失 (AZF 欠失)	1 回につき	50,868	
ALDH2E487K	1 回につき	6,156	
アポ蛋白 E 遺伝子型	1 回につき	5,184	
(7) 家族性腫瘍パネル検査			
ア Vista Seq家族性腫瘍パネル検査	1 回につき	118,800	
イ MutSeq家系内変異解析検査			
病的変異が 1 つの場合	1 回につき	35,640	
病的変異が 2 つの場合	1 回につき	53,460	
病的変異が 3 つの場合	1 回につき	71,280	
(8) OncoPrime Basic がん遺伝子検査			
ア OncoPrime Basicがん遺伝子検査料	1 回につき	798,660	
イ OncoPrime Basicがん遺伝子検査料 (オプション検査 (マクロダイセクション) を行う場合)	1 回につき	823,392	
ウ 検体組織の状態等に起因する検査中止の場合	1 回につき	557,928	
エ 検体組織の状態等に起因する検査中止の場合 (オプション検査 (マクロダイセクション) を行う場合)	1 回につき	582,768	
オ DNA抽出結果に起因する検査中止の場合	1 回につき	142,128	
カ DNA抽出結果に起因する検査中止の場合 (オプション検査 (マクロダイセクション) を行う場合)	1 回につき	166,968	
(9) Guardant liquid biopsy がん遺伝子検査			
ア 初回	1 回につき	414,072	
イ 2 回目以降	1 回につき	308,664	
3 各種処置及び手術料			
(1) 分娩に係る料金			
ア 分娩介助料	1 児につき	(250,000)	
イ 分娩介助料の時間外加算額	1 児につき	(50,000)	
ウ 分娩介助料の深夜加算額	1 児につき	(75,000)	
エ 産科医療補償制度掛金	1 児につき	(16,000)	

オ	和痛分娩麻酔料	1回につき	(70,000)	
(2) 新生児及び乳児に係る検診及び入院				
ア	新生児管理保育料	1日につき	(4,630)	
イ	乳児管理保育料	1日につき	(1,130)	
ウ	先天性代謝異常検査 採血・指導料	1回につき	(3,500)	
エ	新生児聴覚スクリーニング検査料	1回につき	(6,000)	
(3) 乳房マッサージ料				
(4) 婦人科における各種処置及び手術料				
ア	子宮内リング挿入	1回につき	16,200	
イ	子宮内リング抜去	1回につき	8,640	
ウ	人工授精料	1回につき	10,800	
エ	ヒト体外受精胚移植法料			
	卵採取術	1回につき	44,820	
	卵培養術			
	媒精法	1回につき	36,288	
	顕微授精法			
	卵子1個から4個	1回につき	58,428	
	卵子5個から8個	1回につき	77,760	
	卵子9個から12個	1回につき	97,416	
	胚移植術	1回につき	41,364	
	凍結術			
	胚凍結			
	1個から4個	1回につき	28,512	
	5個から8個	1回につき	53,244	
	9個から12個	1回につき	77,976	
	卵巣組織凍結保存料			
	IVM 卵子培養あり	1年につき	170,316	
	IVM 卵子培養なし	1年につき	130,464	
	精子凍結保存料	1年につき	20,520	
	胚/卵巣組織/精子/凍結保管更新料	1年につき	7,344	
	AH (アシステッドハッチング)	1回につき	21,924	
オ	早発排卵防止薬料			
	セトロタイド注射用 3mg	1回につき	37,152	
	セトロタイド注射用 0.25mg	1回につき	8,748	
カ	黄体ホルモン剤料			
	ルティナス (プロゲステロン) 膣錠 100mg	1錠につき	355	

	ウトロゲスタン膾用カプセル 200mg	1錠につき	324	
キ	子宮鏡下選択的卵管通水術	1回につき	24,000	
(5) リンパ浮腫施術料				
ア	リンパドレナージュ 上肢片側	1回につき	4,860	
イ	リンパドレナージュ 上肢両側	1回につき	6,480	
ウ	リンパドレナージュ 下肢片側	1回につき	6,480	
エ	リンパドレナージュ 下肢両側	1回につき	9,720	
オ	バンテージ (多層包帯) 上肢片側	1回につき	1,620	
カ	バンテージ (多層包帯) 上肢両側	1回につき	3,240	
キ	バンテージ (多層包帯) 下肢片側	1回につき	3,240	
ク	バンテージ (多層包帯) 下肢両側	1回につき	4,860	
(6)	傍大動脈リンパ節郭清を含む子宮内膜癌に対する 腹腔鏡下手術	1回につき	758,160	
(7) 内視鏡下手術用ロボット支援を含む入院料				
ア	直腸がん	1回につき	1,960,000	
イ	胃がん	1回につき	1,710,000	
ウ	子宮悪性腫瘍			
	単純子宮全摘術及び骨盤リンパ節郭清術によるもの	1回につき	1,530,000	
	広汎子宮全摘術及び骨盤リンパ節郭清術によるもの	1回につき	1,530,000	
エ	肺がん	1回につき	1,960,000	
オ	縦隔腫瘍・胸壁腫瘍	1回につき	1,220,000	
カ	腓体尾部腫瘍	1回につき	1,490,000	
キ	子宮良性腫瘍	1回につき	1,140,000	
ク	食道がん	1回につき	3,960,000	
ケ	膀胱腫瘍	1回につき	2,550,000	

備考 料金は全て税込表示である。ただし、括弧内の料金については、非課税とする。

別表4 患者の意思による自由診療（歯科領域に係る診療）

区分	算定単位	料金（円）	備考
1 保存科関連			
(1) 歯冠修復（装着料、装着材料料、管理料含む）			
ア メタルインレー・アンレー（白金加金、金合金、チタン）	1 歯につき	54,000	
イ ポーセレンインレー・アンレー	1 歯につき	43,200	
ウ ハイブリッドセラミックインレー・アンレー	1 歯につき	32,400	
エ 特殊レジンを用いた修復（単純）	1 歯につき	10,800	
オ 特殊レジンを用いた修復（複雑）	1 歯につき	16,200	
カ レジンベニア（間接法）	1 歯につき	21,276	
(2) 歯周組織再生・審美手術（術前術後管理料含む）			
ア 組織再生誘導法メンブレン設置手術（除去手術料含む）	メンブレン1枚につき	70,200	手術に伴う投薬料は10割負担分を請求
イ エムドゲイン投与手術	1 手術・1 材料につき	54,000	
(3) 病的移動歯の復位処置			
ア 床装置によるもの	1 装置につき	39,528	
イ ダイレクトボンディング装置によるもの	片顎につき	49,248	
(4) 歯の挺出			
ア 磁性アタッチメントによるもの	1 歯につき	64,800	
イ その他の材料等（接着性レジン、エラスティックゴム等）によるもの	1 歯につき	10,800	
(5) 検査			
ア 細菌検査（ペリオチェック）	1 サンプルにつき	2,160	
イ 細菌検査（PCR法）	1 歯1 菌種につき	3,240	
ウ 歯周病原性菌血清抗体価検査	1 回1 菌種につき	2,160	
エ リンパ球膜抗原検査	1 回1 分子につき	2,160	
オ 歯周病リスク遺伝子型検査	1 回1 遺伝子につき	10,800	
カ 口臭検査料（ガスクロ使用）	1 回につき	5,400	
キ 口臭検査料（その他）	1 回につき	2,160	
ク う蝕リスク検査（唾液緩衝能測定器等）	1 回につき	4,860	

(6) 予防処置			
ア 機械的歯面清掃（歯面清掃当日の口腔保健指導含む）	1 口腔につき	5,400	
イ 口腔保健指導	1 回につき	2,160	
ウ フッ化物塗布等	1 口腔につき	2,160	
(7) 審美			
ア 歯の漂白	1 歯につき	7,560	
イ 歯の漂白（ホームブリーチ） 診断料、1 週間分の薬剤料含む	1 口腔につき	40,068	
ウ 歯の漂白（ホームブリーチ）延長料 1 週間分の薬剤料、観察料含む	1 口腔につき	5,400	
エ ホームブリーチ3DS用トレー	1 個につき	5,400	
2 床義歯関連			
(1) 部分床義歯（バー・クラスプ・レスト込み）			
ア コバルトクロム床（本体）	1 床につき	$(200,000 + 5,000 \times \text{歯数}) \times 1.08$	
イ コバルトクロム床（歯数のみ）	1 歯につき	5,400	
ウ コバルトクロム床の白金加金クラスプ追加	1 個につき	$(25,000 \times \text{歯数}) \times 1.08$	
エ 貴金属床（白金加金と金合金）本体	1 床につき	$(260,000 + 10,000 \times \text{歯数}) \times 1.08$	
オ 貴金属床（白金加金と金合金）歯数のみ	1 歯につき	10,800	
カ チタン床本体	1 床につき	$(200,000 + 7,000 \times \text{歯数}) \times 1.08$	
キ チタン床（歯数のみ）	1 歯につき	7,560	
ク 特殊義歯（本体）	1 床につき	$(100,000 + 4,000 \times \text{歯数}) \times 1.08$	
ケ 特殊義歯（歯数のみ）	1 歯につき	4,320	
(2) アタッチメント類の追加料金（設計料込み）			
ア アタッチメント類の追加料金（マグネット、ボールアタッチメント含む）	1 歯につき	64,800	
イ コーヌス内冠	1 歯につき	86,400	
ウ コーヌス外冠 レジン前装含む	1 歯につき	108,000	
(3) 全部床義歯			



ア	コバルトクロム床	1床につき	259,200	
イ	貴金属床（白金加金と金合金）	1床につき	432,000	
ウ	チタン床	1床につき	302,400	
エ	特殊義歯	1床につき	194,400	
(4) 人工歯 追加料金				
ア	金属歯	1歯につき	21,600	
イ	仮義歯（本体のみ）	1床につき	(70,000+ 5,000×歯 数)×1.08	
ウ	仮義歯（歯数のみ）	1歯につき	5,400	
エ	床義歯修理料	1床につき	装置料の 50%	
3 スプリント関連				
(1) スプリント関連				
ア	金属スプリント	1顎につき	216,000	
イ	私費スプリント調整料	1来院につき	5,400	
4 スポーツ歯科関連				
(1) スポーツ歯科関連				
ア	マウスガード（単層）	1顎につき	5,400	
イ	マウスガード（複層）	1顎につき	10,800	
ウ	マウスガード（ロストワックス法）	1顎につき	21,600	
エ	フェイスガード	1個につき	32,400	
5 クラウン・ブリッジ関連				
(1) クラウン（可撤性オンレーを含む）				
ア	チタンクラウン	1歯につき	75,600	
イ	貴金属クラウン	1歯につき	81,000	
ウ	ハイブリッドレジン前装冠（金属冠） ポストクラウン含む	1歯につき	86,400	
エ	ハイブリッドジャケットCr 金属不使用	1歯につき	70,200	
オ	メタルボンドCr（貴金属，チタンとも）	1歯につき	108,000	
カ	ポンティック（金属）	1歯につき	64,800	
キ	ポンティック（前装）	1歯につき	97,200	
ク	オールセラミックCr	1歯につき	108,000	
ケ	オールセラミック橋体	1歯につき	97,200	
コ	ハイブリッド橋体	1歯につき	64,800	
サ	プロビジョナルレストレーション	1歯につき	2,160	
シ	根面キャップ	1歯につき	21,600	

	ス ラミネートベニア	1 歯につき	70,200	
6 口腔外科関連				
(1) 便宜抜歯（術前術後管理料含む）				
	ア 前歯	1 歯につき	2,160	手術に伴う投薬料は10割負担分を請求
	イ 臼歯	1 歯につき	3,780	
	ウ 難抜歯	1 歯につき	6,480	
	エ 埋伏歯	1 歯につき	16,200	
	オ 下顎完全埋伏智歯（骨性）	1 歯につき	21,600	
	カ 下顎水平埋伏智歯	1 歯につき	21,600	
(2) 小手術関連（術前術後管理料含む）				
	ア 歯牙移植	1 歯につき	32,400	手術に伴う投薬料は10割負担分を請求
	イ 歯牙移植に関わる治療・管理・予後の判定	1 歯につき	21,600	
	ウ 上顎洞底挙上術（口腔内片側）	1 歯につき	81,000	
	エ 上顎洞底挙上術（口腔内両側）	1 歯につき	162,000	
	オ 上顎洞底挙上術（口腔外両側）	1 歯につき	216,000	
	カ 矯正用アンカープレートインプラント埋入術	1 枚につき	54,000	
	キ 矯正用アンカープレートインプラント除去料	1 歯につき	10,800	
	ク 矯正用アンカースクリューインプラント埋入術	1 本につき	27,000	
	ケ 矯正用アンカースクリューインプラント除去料	1 歯につき	5,400	
(3) 補綴関連				
	ア 発音嚙下補助装置用金属床	1 床につき	172,800	
	イ 発音嚙下補助装置の付加料	1 床につき	28,080	
	ウ 発音嚙下補助装置調整料	1 床につき	4,320	
	エ ホツツ床	1 床につき	16,200	
(4) 理学療法関連				
	ア 温熱療法（近赤外線）	1 回につき	432	
(5) 検査関連				
	イ 感覚検査料	1 回につき	648	
7 小児歯科関連				
(1) 保隙・咬合誘導の定期観察				
	ア 口腔内検査のみの場合	1 回につき	2,160	
	イ 口腔内検査以外の検査を含む場合	1 回につき	4,860	
	ウ 家庭管理料	1 回につき	4,375	
(2) 保隙				
	ア 保隙 検査料	1 回につき	9,180	
	イ 保隙 診断料	1 回につき	7,560	
	ウ 保隙装置料 可撤式（片顎）	1 装置につき	27,000	

エ	保隙装置料 接着による固定式	1 装置につき	10,800	
オ	保隙装置料 バンドループ	1 装置につき	10,800	
カ	保隙装置料 クラウン・ループ	1 装置につき	14,040	
キ	保隙装置料 クラウン・ディスタル・シュー	1 装置につき	21,600	
ク	保隙装置料 リンガルアーチ型	1 装置につき	21,600	
ケ	保隙 調節料 単純 (チェアサイドでの調整)	1 回につき	2,160	
コ	保隙 調節料 複雑 (装置を預かる場合)	1 回につき	5,400	
(3) 咬合誘導				
ア	咬合誘導 相談料	1 回につき	5,400	
イ	咬合誘導 検査料	1 回につき	10,800	
ウ	咬合誘導 機能検査料	1 回につき	10,800	
エ	咬合誘導 診断料	1 回につき	19,440	
オ	咬合誘導 装置料 単純	1 装置につき	28,080	
カ	咬合誘導 装置料 複雑	1 装置につき	43,200	
キ	咬合誘導 装置料 保定	1 装置につき	17,280	
ク	咬合誘導 調節料	1 回につき	5,400	
ケ	咬合誘導 観察料	1 回につき	3,240	
8 麻酔関連				
(1) 麻酔関連				
ア	麻酔科診断料	1 回につき	3,780	
イ	インプラント手術管理料	1 歯につき	21,600	
ウ	表面電極通電療法	1 回につき	5,940	
エ	音楽療法	1 回につき	1,404	
オ	ソフトレーザー照射	1 回につき	1,620	
カ	イオントフォレーシス	1 回につき	3,456	
9 放射線科関連				
(1) 放射線科関連				
ア	CT 画像再構築処理	1 回につき	3,240	
イ	小照射野 CT:3DX	1 部位につき	5,400	
10 歯科矯正関連				
(1) 相談料及び検査料他				
ア	相談料	1 回につき	4,752	
イ	基本検査料	1 回につき	78,840	
ウ	機能検査料	1 回につき	43,848	
エ	特殊検査料			
	顔貌形態予測	1 回につき	11,664	
	染色体検査	1 回につき	28,944	

形態異常病因検査	1回につき	9,720	
オ 診断料 (セットアップなし)	1回につき	36,072	
カ 診断料 (セットアップあり)	1回につき	77,112	
キ セットアップ料	1回につき	41,040	
ク 基本施術料	1回につき	165,456	
ケ 基本施術料 (セクショナルアーチ等で8歯以下の 場合)	1回につき	58,320	

(2) 装置料

ア ダイレクトボンディング装置 (片顎) 金属ブラケット	片顎につき	96,984	
イ 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	片顎につき	98,064	
ウ 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	片顎につき	108,000	
エ セクショナルアーチ (片顎)	片顎につき	49,248	
オ 急速拡大装置	1装置につき	50,976	
カ Wタイプ拡大装置	1装置につき	49,680	
キ 舌側弧線装置	1装置につき	37,800	
ク ホールディングアーチ	1装置につき	32,616	
ケ パラタルバー	1装置につき	32,184	
コ リップバンパー	1装置につき	32,400	
サ タングクリブ	1装置につき	42,768	
シ ヘッドギア	1装置につき	38,016	
ス チンキャップ	1装置につき	31,320	
セ 上顎前方牽引装置	1装置につき	50,328	
ソ 床矯正装置 (片顎)	1装置につき	39,528	
タ 拡大床矯正装置 (片顎)	1装置につき	45,792	
チ ダイナミックポジショナー	1装置につき	63,720	
ツ ヘッドギア付きダイナミックポジショナー	1装置につき	74,088	
テ 上顎牽引装置	1装置につき	164,316	
ト 下顎牽引装置	1装置につき	283,500	

(3) 保定装置他

ア 可撤式保定装置 (片顎)	1装置につき	39,312	
イ 固定式保定装置 (片顎)	1装置につき	30,240	
ウ 調節料	1回につき	6,048	
エ 観察料	1回につき	3,888	
オ 転医資料料	1回につき	17,280	

	カ 装置修理料（小児・矯正共通）	1 装置につき	装置料の 50%	
1 1 インプラント関連				
(1) 診査関連				
	ア 相談料	1 回につき	3,780	
	イ 診断用ワックスアップ	1 歯につき	2,160	
	ウ 診断用ステント作製・調整料（ワックスアップ含む）	1 歯につき	6,480	
	エ 診断用ステント作製・調整料（ワックスアップ含む）	1 装置につき	23,794	
	オ 直接顎骨診査料（測定用釘打ち込み）	1 回につき	22,206	
(2) 手術関連（術前術後管理料含む）				
	ア インプラント1次手術（フィクスチャー材料費を含む）	1 本につき	162,000	手術に伴う投薬料は10割負担分を請求
	イ インプラント2次手術（治療用アバットメント材料費を含む）	1 本につき	32,400	
	ウ 骨移植A（ソケットリフト等）	1 部位につき	32,400	
	エ 骨移植B（オンレーグラフト、スプリットクレフト等顎堤を増大させるもの）	1 部位につき： 1 / 3 顎単位	54,000	
	オ IP インプラント	1 本につき	27,000	
	カ 骨採取加算（口腔内採取）	1 部位につき： 片顎単位	61,884	
	キ 骨採取加算（口腔外採取）	1 部位につき： 片顎単位	98,928	
	ク GTR/GBR 法	1 歯につき	32,400	
(3) 補綴関連				
	ア インプラント上部構造（インプラントプロビジョナルレストレーション、アバットメント等材料含む）	1 歯につき	237,600	
	イ 審美補綴加算（ジルコニア、サイドスクリューなど）	1 歯につき	21,600	
	ウ アタッチメント（バー、マグネットなど）	インプラント 1 本につき	162,000	
	エ IP インプラント用 TEK	1 歯につき	10,800	
	オ インプラントプロビジョナルレストレーション	1 歯につき	32,400	
(4) メインテナンス関連				
	ア 定期観察料1	1 回につき	2,160	
	イ 定期観察料2（他医院での処置後の場合）	1 回につき	5,400	

(5) インプラント前後外科処置			
ア	インプラント周囲小帯切除術	1カ所につき	8,316
(6) 口腔前庭形成術			
ア	粘膜移植によるもの	1回につき	86,508
イ	粘膜代用被覆によるもの	1回につき	43,200
ウ	2次上皮化によるもの	1回につき	32,400
エ	歯槽部仮骨延長術（材料費を含む）	1装置につき	341,992
(7)	高気圧酸素療法	1日につき	2,160
(8)	術後の創部保護シーネ	1床につき	17,280
(9)	インプラント関連の修理に係る材料費及びパーツ代等		使用材料及びパーツ代等の購入価格に100分の108を乗じた額
(10)	インプラント関連の修理に係る技術料	1歯もしくは1装置につき	24,068

備考 料金は全て税込表示である。