

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

(1)

特別療養環境室（差額病床室）

区分	1日の料金	設 備									
		湯舟	シャワー	トイレ	キッチン	洗面台・ロッカー	テレビ	冷蔵庫	応接セット	テーブル	椅子
S 室	16,500円	○	○	○	○	○	○	○	○	←含む	←含む
A 室	9,900円		○	○		○	※	※		○	○
B 室	6,600円			○		○	※	※		○	○
C 室	5,500円					○	※	※		○	○

1）S室はテレビ・冷蔵庫を無料でお使いいただけます。

※A・B・C室のテレビ・冷蔵庫は、別途使用料がかかります。

2）出産でご利用される場合には、消費税は非課税となります。

(2)

分べん介助料 ※非課税

分べん日	分 べ ん 終 了 時 刻	料金（1児の場合）
平 日	午前8時30分 ～ 午後5時	210,000 円
平日・土曜日	午後5時（土曜日は午前8時30分）～午後10時，午前6時～午前8時30分	230,000 円
	午後10時 ～ 午前6時	250,000 円
日曜日・休日		

※2児以上の場合は、1児増すごとに1児の料金の2分の1相当を加算した額

(3)

新生児保育料 ※非課税

1日につき

7,000 円

(4)

健康診断料

1回につき

2,750 円

ただし、健康診断料は、医科点数表による初診料に含まれる範囲内の検査とし、その他の検査を行ったときは、医科点数表に準じて算出した額に消費税相当額を加算した金額を別にお支払い願います。

(5)

先天性代謝異常検査 ※非課税

イ	先天性代謝異常検査採血料	1回につき	2,800 円
ロ	再採血料	1回につき	1,000 円
ハ	拡大新生児スクリーニング検査	1回につき	8,250 円
ニ	拡大新生児スクリーニング検査（実証事業）	1回につき	2,750 円

(6)

妊婦健診料 ※非課税

イ	基本的な妊婦健康診査①	1回につき	5,240 円
ロ	基本的な妊婦健康診査②	1回につき	5,760 円
ハ	血液検査（初回）	1回につき	9,920 円
ニ	血液検査（血算・血糖）	1回につき	3,360 円
ホ	血液検査（血算）	1回につき	1,810 円
ヘ	GBS検査	1回につき	3,200 円
ト	子宮頸がん検診（細胞診）	1回につき	3,400 円
チ	超音波検査	1回につき	5,300 円
リ	血液検査（HTLV-1抗体検査）	1回につき	3,070 円
ヌ	性器クラミジア検査	1回につき	1,980 円
ル	ラクトバチルス（Nスコア）	1回につき	2,000 円
ヲ	産褥健診	1回につき	6,030 円

(7)

子宮内リング挿入料

1回につき

33,000 円

(8)

子宮内避妊システム（ミレーナ）挿入料

1回につき

71,447 円

(9)

子宮内リング抜去料

1回につき

16,500 円

(10)

文書料（法令に基づき無料で交付すべきものを除く。）

イ	診断書料	1通につき	2,750 円
ロ	死亡診断書（死体検案書）料	1通につき	2,750 円
ハ	特殊診断書料	1通につき	5,500 円
ニ	健康診断書料	1通につき	2,750 円
ホ	証明書料	1通につき	2,200 円
ヘ	指定難病臨床調査個人票料	1通につき	4,400 円
ト	小児慢性特定疾病医療意見書料	1通につき	4,400 円
チ	特殊証明書料	1通につき	4,400 円
リ	外国語で作成する診断書及びその他の 医学的判断を伴う証明書料	1通につき	11,000 円

(11)	複写料		
イ	診療録等複写料（電子式複写）	1枚につき	20 円
ロ	X線画像複写料		
(イ)	レーザーイメージャーフィルム（半切）	1枚につき	859 円
(ロ)	レーザーイメージャーフィルム（B4）	1枚につき	722 円
(ハ)	CD-R	1枚につき	1,780 円
(ニ)	DVD-R	1枚につき	1,959 円
ハ	X線フィルムデジタイズ料		544 円
(12)	歯科領域の諸料金（外来診療棟1階・歯科口腔外科外来に掲示）		
(13)	評価療養（実施する診療科外来及び病棟に掲示）		
(14)	特定機能病院における初診時および再診時の負担額		
イ	紹介状なしの患者における医科初診料		7,700 円
ロ	紹介状なしの患者における医科再診料		3,300 円
ハ	紹介状なしの患者における歯科初診料		5,500 円
ニ	紹介状なしの患者における歯科再診料		2,090 円
(15)	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、医科点数表及び歯科点数表に準じて算定した額に消費税相当額を加算した金額		
(16)	ヒト体外受精胚移植法料		
イ	卵採取	1回につき	91,190 円
ロ	卵採取（採取できないとき）	1回につき	30,800 円
ハ	卵培養（体外受精）	1回につき	102,190 円
ニ	卵培養（顕微受精）	1回につき	151,250 円
ホ	卵培養（精巣精子顕微授精）	1回につき	212,630 円
ヘ	胚移植	1回につき	32,120 円
ト	胚凍結（1年間）（5個までのとき）	1回につき	62,370 円
チ	胚凍結（1年間）（6個以上のとき）	1回につき	88,220 円
リ	凍結胚融解	1回につき	40,260 円
ヌ	アシステッドハッチング加算	1回につき	10,780 円
ル	高濃度ヒアルロン酸含有培養加算	1回につき	11,990 円
ヲ	凍結更新料（1年間）	1回につき	13,200 円
ワ	精子特殊処理		
(イ)	ミグリス法	1回につき	5,500 円
(ロ)	ZyMot法	1回につき	32,780 円
カ	着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）	1受精卵あたり	65,560 円
ヨ	着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR）	1受精卵あたり	65,560 円
(17)	入院期間が180日を超える場合の自己選択に係る入院基本料負担額		2,834 円
(18)	自費診療単価		
イ	交通事故 ※非課税	1点あたり	20 円
ロ	外国人患者（日本国籍を有さず、かつ、日本の公的医療保険を有しない者）	1点あたり	33 円
(19)	死後処置料		
イ	ねまき有り		7,810 円
ロ	ねまき無し		5,940 円
(20)	セカンドオピニオン外来相談料	1回につき	33,000 円
(21)	保険適用外検査		
イ	抗フォスファチジルエタノールアミンIGG抗体	1回につき	1,925 円
ロ	抗フォスファチジルエタノールアミンIGM抗体	1回につき	1,925 円
ハ	抗フォスファチジルセリンIGG抗体	1回につき	4,620 円
ニ	抗フォスファチジルセリンIGM抗体	1回につき	4,620 円
ホ	TH1/TH2（IFN-γ × IL-4/CD4）	1回につき	15,400 円
ヘ	NK細胞活性	1回につき	4,180 円
ト	抗HLA抗体	1回につき	23,100 円
チ	抗プロトンポンピン抗体	1回につき	6,160 円
リ	精子不動化抗体（SI50）	1回につき	10,560 円
ヌ	精子不動化抗体	1回につき	6,160 円
ル	羊水染色体検査（G-band法）	1回につき	110,000 円
ヲ	HLA検査料・クロスマッチ検査料等		
(イ)	HLA-A, B（血清対応型タイピング）		11,000 円
(ロ)	HLA-DR（血清対応型タイピング）		15,400 円
(ハ)	ダイレクトクロスマッチ（リンパ球交差試験）		14,300 円
(ニ)	HLA-A（DNAタイピング）		22,000 円

(ホ)	HLA-B（DNAタイピング）		22,000 円
(ハ)	HLA-C（DNAタイピング）		22,000 円
(ト)	HLA-DPB1（DNAタイピング）		22,000 円
(チ)	HLA-DRB1（DNAタイピング）		22,000 円
(リ)	HLA-DQA1（DNAタイピング）		16,500 円
(ス)	HLA-DQB1（DNAタイピング）		22,000 円
(ホ)	HLA-A, B, C, DRB1, DRB3/4/5, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1遺伝子型検査（11座）（NGS法）		61,600 円
(ヲ)	HLA-A, B, DRB1+C遺伝子型検査（Luminex法）		49,500 円
(七)	HLA-A, B, C, DRB1, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1各遺伝子型検査（Luminex法）		18,700 円
(ホ)	移植後キメラズム検査		35,200 円
ワ	HBV分子系統解析検査		
(イ)	父子の場合1人当たり		35,750 円
(ロ)	母子の場合1人当たり		34,650 円
カ	HBVサブジェノタイプ判定検査		16,500 円
ヨ	ホールボディカウンターによる内部被ばく検査	1回につき	11,000 円
タ	Y染色体微小欠失検査	1回につき	33,000 円
レ	脳神経内科における各種検査料 ※外来のみ		
(イ)	抗NMDA受容体抗体（定性）	1回につき	23,650 円
(ロ)	抗NMDA受容体抗体（定量）	1回につき	32,120 円
(ハ)	傍腫瘍性神経症候群関連抗体セット	1回につき	32,120 円
(ニ)	筋炎関連抗体セット	1回につき	18,370 円
(ホ)	抗核抗体セット	1回につき	13,530 円
(ハ)	抗LGI1抗体	1回につき	42,900 円
(ト)	抗CASPR2抗体	1回につき	38,500 円
(チ)	抗LGI1抗体+抗CASPR2抗体	1回につき	62,700 円
(リ)	抗MOG抗体	1回につき	48,400 円
(ス)	抗SRP抗体+抗HMGCR抗体	1回につき	46,200 円
(ホ)	抗AQP4抗体	1回につき	35,200 円
(ヲ)	抗NAE抗体	1回につき	50,600 円
(七)	抗gAChR抗体	1回につき	47,300 円
(ホ)	Ri自己抗体	1回につき	44,220 円
(3)	Hu自己抗体	1回につき	44,220 円
(3)	Yo自己抗体	1回につき	44,220 円
(レ)	神経核内封入体病（NIID）	1回につき	23,980 円
ソ	その他遺伝子検査料 ※外来のみ		
1	Noonan症候群遺伝子検査	1回につき	56,320 円
2	常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査	1回につき	62,370 円
3	常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	1回につき	44,330 円
4	内分泌パネル1（副腎疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
5	内分泌パネル2（成長障害）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
6	内分泌パネル3（46,XY性分化疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
7	内分泌パネル4（性成熟疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
8	内分泌パネル5（下垂体機能障害）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
9	内分泌パネル6（糖代謝異常症）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
10	内分泌パネル7（骨疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
11	内分泌パネル8（卵巣機能不全症）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
12	エーラス・ダンロス症候群（非血管型）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
13	骨端異形成症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
14	糖原病1a型遺伝子検査	1回につき	44,220 円
15	糖原病1b型遺伝子検査	1回につき	44,220 円
16	ビルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
17	アルカプトン尿症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
18	稀な骨粗鬆症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
19	X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
20	遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	1回につき	56,320 円
21	遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
22	遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
23	レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円
24	高チロシン血症1型遺伝子検査	1回につき	44,220 円

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

25	孔脳症・裂脳症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ウ	子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）			ハ	卵巣組織凍結保存料（新規1年間）	89,100 円
26	クリスタリン網膜症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	(イ)	1回目	1回につき	99,220 円	ニ	卵巣組織凍結保存料（継続1年毎）	13,200 円
27	Cantu症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円	(ロ)	2回目（1回目が非受容期だった場合）	1回につき	49,610 円	ホ	卵巣融解料	1回につき 53,900 円
28	血友病遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ノ	マイコプラズマ・ニューモニエDNA/PCR	1検体1回につき	9,460 円	ヘ	卵巣組織自家移植料（開腹術）	1回につき 61,600 円
29	HSV-1定性PCR（HSV1型）	1回につき	20,020 円	(22)	リンパ浮腫外来			ト	卵巣組織自家移植料（腹腔鏡手術）	1回につき 125,400 円
30	HSV-2定性PCR（HSV2型）	1回につき	20,020 円	イ	複合的理学療法・片側（上肢）（初回）		6,495 円	(33)	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の遺伝子検査料	
31	VZV定性PCR	1回につき	20,020 円	ロ	複合的理学療法・片側（上肢）（2回目以降）		3,561 円	イ	HBOCスクリーニング検査	1回につき 228,800 円
32	EBV定性PCR	1回につき	20,020 円	ハ	複合的理学療法・両側（上肢）（初回）		7,647 円	ロ	BRCA MLPA	1回につき 38,500 円
33	CMV定性PCR	1回につき	20,020 円	ニ	複合的理学療法・両側（上肢）（2回目以降）		4,714 円	ハ	クイックHBOC	1回につき 264,000 円
34	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA1	1回につき	21,230 円	ホ	複合的理学療法・片側（下肢）（初回）		8,800 円	ニ	HBOCシングルサイト	1回につき 38,500 円
35	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA2	1回につき	21,230 円	ヘ	複合的理学療法・片側（下肢）（2回目以降）		4,400 円	(34)	リンチ症候群の遺伝子検査料	
36	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA3（MJD）	1回につき	21,230 円	ト	複合的理学療法・両側（下肢）（初回）		11,000 円	イ	MMRスクリーニング	1回につき 134,200 円
37	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA6	1回につき	21,230 円	チ	複合的理学療法・両側（下肢）（2回目以降）		6,600 円	ロ	追加MMRスクリーニング	1回につき 68,200 円
38	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA10	1回につき	21,230 円	(23)	育児外来料		2,200 円	ハ	MLH1フルシークエンシング	1回につき 90,200 円
39	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA12	1回につき	21,230 円	(24)	診察券再発行料		110 円	ニ	MSH2フルシークエンシング	1回につき 90,200 円
40	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA17	1回につき	21,230 円	(25)	予防接種料 ※当院長期入院中等の理由により、他院での接種が困難な方に限ります			ホ	MSH6フルシークエンシング	1回につき 90,200 円
41	反復発作性運動失調症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	イ	インフルエンザワクチン（初回）		3,850 円	ヘ	PMS2フルシークエンシング	1回につき 90,200 円
42	家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ロ	インフルエンザワクチン（2回目）		2,200 円	ト	MLH1/MSH2 MLPA	1回につき 35,200 円
43	FGFR3病遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ハ	B型肝炎ワクチン	1回につき	6,864 円	チ	MMRシングルサイト	1回につき 35,200 円
44	グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ニ	ロタウイルスワクチン 1価	1回につき	15,026 円	(35)	家族性大腸腺腫症の遺伝子検査料	
45	レット症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ホ	ロタウイルスワクチン 5価	1回につき	10,065 円	イ	APCスクリーニング	1回につき 101,200 円
46	TNXB遺伝子検査	1回につき	62,370 円	ヘ	ムンプス（おたふくかぜ）ワクチン	1回につき	3,850 円	ロ	追加APCスクリーニング	1回につき 35,200 円
47	TP53スクリーニング	1回につき	99,000 円	ト	四種混合ワクチン	1回につき	11,660 円	ハ	APCシングルサイト	1回につき 35,200 円
48	BRCA1/2遺伝子シングルサイト	1回につき	74,250 円	チ	二種混合ワクチン	1回につき	5,216 円	(36)	再生医療提供料 ※外来のみ	
49	TP53シングルサイト	1回につき	41,580 円	リ	MR（麻しん風しん混合）ワクチン	1回につき	11,044 円	イ	PRP療法（関節内投与）	1回につき 52,800 円
50	High/Moderate Risk Breast Cancer Panel（9遺伝子）	1回につき	267,850 円	ヌ	日本脳炎ワクチン	1回につき	7,986 円	ロ	PRP療法（関節外投与）	1回につき 25,300 円
51	がん関連シングルサイト解析（1項目）	1回につき	14,960 円	ル	BCGワクチン	1回につき	11,616 円	(37)	鍼灸治療料 ※外来のみ	
52	がん関連シングルサイト解析（2項目）	1回につき	18,920 円	ヲ	不活化ポリオワクチン	1回につき	10,626 円	イ	はりのみ	1回につき 3,300 円
53	がん関連シングルサイト解析（3項目）	1回につき	22,880 円	ワ	子宮頸がん予防ワクチン 9価	1回につき	29,711 円	ロ	はり・きゅう併用	1回につき 3,410 円
54	がん関連シングルサイト解析（4項目）	1回につき	26,950 円	カ	Hib（ヒブ）ワクチン	1回につき	9,526 円	(38)	形成外科領域の処置及び手術料	
55	がん関連シングルサイト解析（5項目）	1回につき	30,910 円	ヨ	肺炎球菌ワクチン 15価	1回につき	12,694 円	イ	瘢痕拘縮形成手術（顔面）	基本1cmまで 55,000 円 加算1cmにつき 11,000 円
56	がん関連シングルサイト解析（5項目を超えた1項目ごと）	1回につき	4,070 円	タ	肺炎球菌ワクチン 20価	1回につき	12,496 円	ロ	瘢痕拘縮形成手術（その他）	基本1cmまで 44,000 円 加算1cmにつき 8,800 円
57	神経線維腫症遺伝子検査	1回につき	44,000 円	レ	肺炎球菌ワクチン 23価	1回につき	3,000 円	ハ	Z形成術加算	1カ所につき 27,500 円
58	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）1箇所	1回につき	21,670 円	ソ	肺炎球菌ワクチン 23価 （弘前市定期予防接種対象者）	1回につき	8,223 円	(39)	在宅医療に係る交通費	実費相当額
59	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）2箇所	1回につき	36,300 円		（レに定める対象者以外の者）			(40)	がん生殖医療相談料	30分につき 5,500 円
60	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）3箇所	1回につき	51,040 円	ツ	水痘ワクチン（6歳未満）	1回につき	9,306 円	(41)	子宮頸管熟化剤（プロスタグランジンE2製剤） プロウベス腔用剤10mg ※非課税	1回につき 25,200 円
61	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）4箇所	1回につき	65,670 円	ネ	水痘ワクチン（6歳以上） （弘前市定期予防接種対象者）			(42)	PFC-FD療法	
62	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）5箇所	1回につき	80,300 円	ナ	水痘ワクチン（6歳以上） （ネに定める対象者以外の者）	1回につき	8,860 円	イ	PFC-FD療法（注入2回分として）	127,270 円
63	シスチン尿症遺伝子検査	1回につき	45,100 円	ラ	五種混合ワクチン	1回につき	20,306 円	ロ	検査手数料（採血後加工不可の場合）	12,650 円
64	偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	1回につき	45,100 円	ム	RSウイルスワクチン（アブリスボ筋注用）	1回につき	30,800 円	(43)	造血幹細胞移植等関係費用	
65	shox遺伝子検査	1回につき	51,700 円	ウ	带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用） （弘前市定期予防接種対象者）	1回につき	11,060 円		造血幹細胞移植用骨髓液等運搬料	1回につき 実費相当額
66	Targeted Variant Analysis first mutation (1 variant)	1回につき	38,500 円	ノ	带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用） （ウに定める対象者以外の者）	1回につき	22,060 円		造血幹細胞等移植ドナー特別室料	1回につき 実費相当額
67	Targeted Variant Analysis second mutation (2 variant)	1回につき	57,200 円	(26)	妊娠と薬外来相談料 ※妊娠中の方は非課税			(44)	次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・ 胎児組織染色体検査料（POC NGS検査）	1回につき 93,500 円
68	Targeted Variant Analysis third mutation (3 variant)	1回につき	74,800 円	イ	青森県内居住者	1回につき	1,650 円	(45)	巻き爪マイスター設置料	
69	魚鱗癬症候群遺伝子検査	1回につき	56,100 円	ロ	青森県外居住者	1回につき	5,500 円	イ	リネイルゲル使用時	1回1趾 14,300 円
70	常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	1回につき	56,100 円	(27)	新生児聴覚スクリーニング検査	1回につき	6,700 円	ロ	リネイルゲル使用時	同日1趾追加 9,900 円
ツ	精子検査			(28)	乳児一般健康診査	1回につき	5,730 円	ハ	リネイルゲル未使用時	1回1趾 9,900 円
(イ)	酸化ストレス測定	1回につき	7,700 円	(29)	面談料	1回につき	5,500 円	ニ	リネイルゲル未使用時	同日1趾追加 5,500 円
(ロ)	DFI検査	1回につき	8,910 円	(30)	内視鏡下手術用ロボット（da Vinci サージカルシステムSi） 支援時における膀胱全摘術		1,180,550 円	ホ	リネイルゲル塗布のみ	1趾につき 6,600 円
ネ	子宮内膜着床機能検査（ERA）	初回 2回目 3回目	109,560 円 90,200 円 32,120 円	(31)	遺伝カウンセリング			(46)	出生前診断相談・NIPT検査料	
ナ	子宮内膜マイクロバイオーム検査（EMMA）	初回 再検査	61,160 円 36,960 円	イ	1時間まで		5,500 円	イ	出生前診断相談料	1回につき 5,500 円
ラ	感染性慢性子宮内膜炎検査（ALICE）	初回 再検査	44,110 円 30,910 円	ロ	1時間を超え30分毎		2,750 円	ロ	NIPT検査料	1回につき 91,300 円
ム	Endome Trio（ERA+EMMA+ALICE）	1回につき	133,760 円	(32)	がん治療等における卵巣組織保存等料			ハ	NIPT検査結果説明料	1回につき 5,500 円
				イ	卵巣組織採取料（開腹術）	1回につき	61,600 円	(47)	産後ケア利用料 ※非課税	
				ロ	卵巣組織採取料（腹腔鏡手術）	1回につき	125,400 円	イ	短期入所型	1日につき 2,500 円
								ロ	短期入所型・多胎児加算額1人につき	1日につき 500 円
								(48)	長期収載品処方に関する特別の料金	後発医薬品との差額の1/4の金額