

保険外費用一覧

■ 予防接種

ワクチン名	料金(税込)	備考
インフルエンザ（1回目）	3,820円	
インフルエンザ（2回目）	3,000円	12歳以下
インフルエンザ（3歳未満・1回目）	2,820円	
インフルエンザ（3歳未満・2回目）	2,800円	
点鼻インフルエンザ（フルミスト）	7,820円	年齢にかかわらず1回
おたふくかぜ	5,000円	
A型肝炎	6,500円	
B型肝炎	8,000円	
小児肺炎球菌	12,400円	
BCG	9,000円	
3種混合ワクチン（ジフテリア・破傷風・ポリオ）	8,000円	
2種混合（ジフテリア・破傷風）	7,500円	
5種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）	22,000円	
髄膜炎菌（メンクアッドフィ）	20,000円	
ロタリックス	16,000円	ロタウイルス 2回接種
ロタテック	11,000円	ロタウイルス 3回接種
麻しん・風しん混合ワクチン（MR）	8,000円	
水痘ワクチン	7,500円	
ポリオ	6,500円	
日本脳炎	5,000円	
子宮頸がん（シルガード）	26,000円	
帯状疱疹（シングリックス）	21,000円	2回接種

※表にあるワクチン以外にも接種可能なものがあります。ご希望の方はお電話でお問い合わせください。

■ 文書請求

文書名	料金(税込)	備考
診断書	1,500円	当院標準用紙および入園前健診など
通院証明書	4,500円	保険会社のものなど（医師の記述が必要なもの）
その他文書	1,000円	上記以外の文書（医師の記述が不要なもの）

保険外費用一覧（検査）

■ 血液検査

検査名	料金(税込)	備考
麻しん抗体価	1,500円	
風しん抗体価	1,500円	年齢によって市町の補助がある場合があります
水痘抗体価	2,000円	
おたふく抗体価	2,000円	
B型肝炎s抗原（定量）	800円	
B型肝炎s抗体（定量）	800円	
血液型（ABO式+Rh式）	500円	原則として小学生以下の方の血液型のみ の検査はお断りしております

■ 検体検査

検査名	料金(税込)	備考
ノロウイルス	2,000円	3歳未満で胃腸炎症状がある方は 保険で検査可能です

■ 生体検査

検査名	料金(税込)	備考
ツベルクリン反応	4,000円	