令和７年４月１日現在

# 自費料金一覧

(1) 個室料

| 種 別 | 単位 | 堺市に住所を有する者 | 堺市に住所を有しない者 |
|---|---|---|---|
| 特別室 東 (18.7 ㎡) | １日 | 22,000 円(税抜 20,000 円) | 33,000 円(税抜 30,000 円) |
| 特別室 西 (14.5 ㎡) | １日 | 17,600 円(税抜 16,000 円) | 26,400 円(税抜 24,000 円) |
| 個室 | １日 | 8,800 円(税抜 8,000 円) | 13,200 円(税抜 12,000 円) |

(1)-2 部屋番号

| 病棟階 | 個 室 | 特別室 東 | 特別室 西 |
|---|---|---|---|
| ５東病棟 | 551、554、558、559、560、562、563 | | |
| ５西病棟 | 501、502、510、511、512、516、519、521、522、523 | | |
| ６東病棟 | 651、652、655、656、658、659、660、663、664、668、671 | 662 | |
| ６西病棟 | 600、601、602、605、606、608、609、610、613、614、618 | | 612 |
| ７東病棟 | 751、752、755、756、758、759、760、763、764、765、767、768、771 | 762 | |
| ７西病棟 | 700、701、702、705、706、708、709、710、713、714、715、717、718 | | 712 |
| ８東病棟 | 851、852、855、856、858、859、860、863、864、865、867、868、871 | 862 | |
| ８西病棟 | 800、801、802、805、806、808、809、810、813、814、815、817、818 | | 812 |
| ９東病棟 | 951、952、955、956、958、959、960、963、964、965、967、968、971 | 962 | |
| ９西病棟 | 900、901、902、905、906、908、909、910、915、917、918 | | |

| 種 別 | | | 単位 | 金 額 | |
|---|---|---|---|---|---|
| (2) 選定療養費 | 初診時 | 医科 | 1 回 | 7,700 円(税抜 7,000 円) | |
| | | 歯科 | 1 回 | 7,700 円(税抜 7,000 円) | |
| | 再診時 | 医科 | 1 回 | 3,300 円(税抜 3,000 円) | |
| | | 歯科 | 1 回 | 3,300 円(税抜 3,000 円) | |
| (3) 妊産婦診察料 | | | 1 回 | 3,000 円(非課税) | |
| (4) 助産師による妊産婦指導料 | | | 1 回 | 2,500 円(非課税) | |
| (5) 分べん料<br>(正常分べんで 7 日以内の場合)<br>(分べん介助料、食事料を含む) | | | 分 べ ん<br>1 回 | 堺市に住所を有する者 | 480,000 円<br>(非課税) |
| | | | | 堺市に住所を有しない者 | 500,000 円<br>(非課税) |
| (6) 乳房マッサージ | | | 1 回 | 1,500 円(非課税) | |
| (7) 母親教室 | | | 1 回 | 550 円(税抜 500 円) | |
| (8) 病衣貸与料 | | | 1 日 | 110 円(税抜 100 円) | |
| (9) 給食料 | 患者外給食<br>(付添食) | | 1 食 | 入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準により算定した額 | |
| (10) 人間ドック検診料 | 人間ドック(基本) | | 1 回 | 40,700 円(税抜 37,000 円) | |
| | 脳ドック(基本) | | 1 回 | 29,700 円(税抜 27,000 円) | |
| | 肺ドック(基本) | | 1 回 | 19,800 円(税抜 18,000 円) | |
| | 胃内視鏡検査(単独) | | 1 回 | 16,500 円(税抜 15,000 円) | |
| | 脳ドック(追加) | | 1 回 | 15,400 円(税抜 14,000 円) | |
| | 肺ドック(追加) | | 1 回 | 19,800 円(税抜 18,000 円) | |
| | 乳房検査(マンモグラフィ、追加) | | 1 回 | 5,500 円(税抜 5,000 円) | |
| | 胃内視鏡検査(変更) | | 1 回 | 3,850 円(税抜 3,500 円) | |
| | 胃がんリスク検査 | | 1 回 | 3,300 円(税抜 3,000 円) | |
| | 健康診断(一般、血液検査あり) | | 1 回 | 15,400 円(税抜 14,000 円) | |
| | 健康診断(一般、血液検査なし) | | 1 回 | 8,800 円(税抜 8,000 円) | |
| | 健康診断(その他) | | 1 回 | 診療報酬の算定方法に準じて算定した額 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (11) 遺伝診療料<br>診療費/遺伝カウンセリング料 | | 初診 | 1 回 | 紹介状あり | 5,500 円<br>(税抜 5,000 円) |
| | | | 1 回 | 紹介状なし | 11,000 円<br>(税抜 10,000 円) |
| | | | 1 回 | 遺伝相談<br>(30 分以内) | 3,300 円<br>(税抜 3,000 円) |
| | | 再診 | 1 回 | 30 分以内 | 3,300 円<br>(税抜 3,000 円) |
| (12) HBOC 外来 | 診療費 | 初診 | 1 回 | 30 分以内 | 3,300 円<br>(税抜 3,000 円) |
| | | 再診 | 1 回 | 30 分以内 | 1,650 円<br>(税抜 1,500 円) |
| | 遺伝カウンセリング料 | 初診 | 1 回 | 60 分以内 | 6,600 円<br>(税抜 6,000 円) |
| | | 再診 | 1 回 | 30 分以内 | 3,300 円<br>(税抜 3,000 円) |
| (13) リンパ浮腫治療費(上肢又は下肢) | | | 1 回 | 60 分 | 4,400 円<br>(税抜 4,000 円) |
| | | | | 90 分 | 6,600 円<br>(税抜 6,000 円) |
| | | | | 120 分 | 8,800 円<br>(税抜 8,000 円) |
| | 相談のみ | | 1 回 | 30 分 | 2,200 円<br>(税抜 2,000 円) |
| (14) 死後の処置料 | | | 1 体 | 5,500 円(税抜 5,000 円) | |
| (15) 死後寝間着料 | | | 1 体 | 3,300 円(税抜 3,000 円) | |
| (16) セカンドオピニオン相談料 | | | 1 回 | 14,300 円(税抜 13,000 円) | |
| (17) 医師面談料 | | | 1 回 | 5,500 円(税抜 5,000 円) | |
| (18) 診察券の再発行料 | | | 1 回 | 110 円(税抜 100 円) | |
| (19) 診療録等<br>コピー料 | 白黒 A3 以下 | | 1 枚 | 11 円(税抜 10 円) | |
| | カラーA3 以下 | | 1 枚 | 55 円(税抜 50 円) | |
| (20) フィルム等<br>コピー料 | CD-R | | 1 枚 | 1,100 円(税抜 1,000 円) | |
| | DVD | | 1 枚 | 1,650 円(税抜 1,500 円) | |

| (21) 自費物品 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 紙おむつ(シートタイプ) | | 1 枚 | 69 円(税抜 63 円) | |
| 紙おむつ(テープタイプ S-M) | | 1 枚 | 132 円(税抜 120 円) | |
| 紙おむつ(テープタイプ L) | | 1 枚 | 155 円(税抜 141 円) | |
| 新生児用おむつ | | 1 枚 | 18 円(税抜 17 円) | |
| ベビー紙おむつ(テープタイプ S) | | 1 枚 | 22 円(税抜 20 円) | |
| ベビー紙おむつ(テープタイプ M) | | 1 枚 | 29 円(税抜 27 円) | |
| ベビー紙おむつ(テープタイプ L) | | 1 枚 | 35 円(税抜 32 円) | |
| ベビー紙おむつ(パンツタイプ S) | | 1 枚 | 37 円(税抜 34 円) | |
| ベビー紙おむつ(パンツタイプ M) | | 1 枚 | 44 円(税抜 40 円) | |
| ベビー紙おむつ(パンツタイプ L) | | 1 枚 | 49 円(税抜 45 円) | |
| ベビー紙おむつ(パンツビック) | | 1 枚 | 55 円(税抜 50 円) | |
| リハビリパンツ | | 1 枚 | 176 円(税抜 160 円) | |
| 紙パンツ(ショーツ型) | | 1 枚 | 145 円(税抜 132 円) | |
| 紙パンツ(トランクス型) | | 1 枚 | 236 円(税抜 215 円) | |
| フリーショーツ | | 1 枚 | 550 円(税抜 500 円) | |
| 尿取りパッド(小) | | 1 枚 | 24 円(税抜 22 円) | |
| お産パッド(小) | | 1 枚 | 23 円(非課税) | |
| お産パッド(中) | | 1 枚 | 100 円(非課税) | |
| お産パッド(大) | | 1 枚 | 240 円(非課税) | |
| マウススポンジ | | 1 本 | 49 円(税抜 45 円) | |
| 歯ブラシ | | 1 本 | 110 円(税抜 100 円) | |
| ティッシュペーパー | | 1 箱 | 220 円(税抜 200 円) | |
| 日用品セット | | 1 セット | 880 円(税抜 800 円) | |
| ディスポスリッパ | | 1 セット | 165 円(税抜 150 円) | |
| ホスピシューズコロバン | | 1 セット | 250 円(税抜 228 円) | |
| (22) 駐車場使用料 | 受診者 | 1 台 | 最初の 5 時間<br>(30 分以内は無料) | 200 円<br>(税抜 182 円) |
| | | | 以降 30 分ごと | 100 円<br>(税抜 91 円) |
| | その他の者 | 1 台 | 最初の 1 時間<br>(30 分以内は無料) | 200 円<br>(税抜 182 円) |
| | | | 以降 30 分ごと | 100 円<br>(税抜 91 円) |

令和７年４月１日現在

# 歯科自費料金一覧

| 種 別 | | | 金 額 |
|---|---|---|---|
| 歯冠修復 | インレー（金合金） | １面 | 22,000 円(税抜 20,000 円) |
| | | ２面 | 27,500 円(税抜 25,000 円) |
| | | ３面 | 33,000 円(税抜 30,000 円) |
| | ４分の３冠･５分の４冠（金合金） | １歯につき | 44,000 円(税抜 40,000 円) |
| | 全部鋳造冠（金合金） | 小臼歯１歯につき | 49,500 円(税抜 45,000 円) |
| | | 大臼歯１歯につき | 55,000 円(税抜 50,000 円) |
| | 硬質レジン前装冠（金合金） | １歯につき | 49,500 円(税抜 45,000 円) |
| | メタルボンド（白金加金） | １歯につき | 77,000 円(税抜 70,000 円) |
| | 接着性ブリッジ支台歯部分（金合金又はコバルトクロム合金） | １歯につき | 77,000 円(税抜 70,000 円) |
| | 小児用クラウンループ | １歯につき | 6,600 円(税抜 6,000 円) |
| | 金属コア（金合金） | １歯につき | 5,500 円(税抜 5,000 円) |
| | ブリッジ | 歯数及び欠損部分に応じて上記の例により算定した額 | |
| 有床義歯 | 金属床総義歯(コバルトクロム合金) | １顎につき | 165,000 円(税抜 150,000 円) |
| | 金属床局所義歯(コバルトクロム合金) | １顎につき | 132,000 円(税抜 120,000 円)以上<br>198,000 円(税抜 180,000 円)以下 |
| | 暫間義歯 | １顎につき | 11,000 円(税抜 10,000 円)以上<br>44,000 円(税抜 40,000 円)以下 |
| | 金属床修理(人工歯脱落等を除く。) | １部位につき | 11,000 円(税抜 10,000 円)以上<br>44,000 円(税抜 40,000 円)以下 |
| | 小児用義歯 | １顎につき | 16,500 円(税抜 15,000 円) |

備考

１ 特殊な技術、材料等を要するときは、上記の金額の２割以内の額を加算するものとする。

地方独立行政法人 堺市立病院機構
堺市立総合医療センター
SAKAI CITY MEDICAL CENTER

令和７年４月１日現在

# 文書料金一覧

| 種 別 | 単位 | 金 額 |
|---|---|---|
| ア 普通診断書 | １通 | 3,300 円(税抜 3,000 円) |
| イ 死亡診断書 | １通 | 3,300 円(税抜 3,000 円) |
| ウ 出生証明書 | １通 | 2,200 円(税抜 2,000 円) |
| エ 自動車損害賠償保障法に係る診断書又は証明書 | １通 | 5,500 円(税抜 5,000 円) |
| オ 障害認定に係る診断書又は証明書 | １通 | 5,500 円(税抜 5,000 円) |
| カ 後遺症診断書 | １通 | 5,500 円(税抜 5,000 円) |
| キ 入・通院証明書 | １通 | 4,400 円(税抜 4,000 円) |
| ク 特定疾患診断書 | １通 | 3,300 円(税抜 3,000 円) |
| ケ 領収証明書 | １通 | 2,200 円(税抜 2,000 円) |
| コ 登園・登校許可書 | １通 | 1,100 円(税抜 1,000 円) |
| サ その他の診断書又は証明書 | １通 | 4,400 円(税抜 4,000 円) |

地方独立行政法人 堺市立病院機構
堺市立総合医療センター
SAKAI CITY MEDICAL CENTER