

本院は、保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令に基づき指定を受けている保険医療機関です。

1. 管理者の氏名等

(1) 医療機関名 京都大学医学部附属病院【特定機能病院】 (平成7年2月1日) (2) 開設者 国立大学法人京都大学 (平成16年4月1日) (3) 管理者の氏名 稲垣 暢也 (平成27年4月1日)

2. 医師、歯科医師の診療日及び診療時間

(1) 診療日 月曜日から金曜日 ただし、祝祭日、年末年始の休日(12月29日から1月3日まで)及び京都大学創立記念日(6月18日)を除く。
 (2) 診療時間 午前9時から午後5時15分まで
 (3) 診療受付時間 午前8時15分から午前11時まで

3. 診療科目 (Clinical Departments)

内科 Internal Medicine	血液内科 Hematology and Oncology	糖尿病・内分泌・栄養内科 Diabetes, Endocrinology and Nutrition	循環器内科 Cardiovascular Medicine	消化器内科 Gastroenterology and Hepatology	呼吸器内科 Respiratory Medicine	免疫・膠原病内科 Rheumatology and Clinical Immunology
外科 Surgery	初期診療・救急科 Primary Care and Emergency Medicine	神経内科 Neurology	腎臓内科 Nephrology	腫瘍内科 Clinical Oncology	緩和医療科 Palliative Medicine	
精神科神経科 Psychiatry	消化管外科 Gastrointestinal Surgery	乳腺外科 Breast Surgery	肝胆膵・移植外科 Hepatobiliary Pancreatic Surgery and Transplantation	小児外科 Pediatric Surgery	心臓血管外科 Cardiovascular Surgery	呼吸器外科 Thoracic Surgery
眼科 Ophthalmology	小児科 Pediatrics	整形外科 Orthopaedic Surgery	脳神経外科 Neurosurgery	皮膚科 Dermatology	泌尿器科 Urology	産科婦人科 Obstetrics and Gynecology
形成外科 Plastic and Reconstructive Surgery	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Otolaryngology, Head and Neck Surgery	放射線治療科 Radiation Oncology and Image-Applied Therapy	放射線診断科 Diagnostic Imaging and Nuclear Medicine	歯科口腔外科 Oral and Maxillofacial Surgery	麻酔科 Anesthesia	救急科 Emergency Medicine

4. 施設基準の届出について

近畿厚生局京都事務所長に届出・受理され、実施している施設基準等は次のとおりです。

※◆印のあるものは、平成30年度診療報酬改定に伴い、現在施設基準の届出を行っている又は行う予定のものです。

(1) 基本診療料の施設基準等

特定機能病院入院基本料 (一般病棟) 7対1入院基本料 看護職員1人当たりの受患者数は7人以内です。	地域歯科診療支援病院歯科初診料 歯科外来診療環境体制加算2	療養環境加算 重症者等療養環境特別加算	感染防止対策加算1 患者サポート体制充実加算	病棟薬剤業務実施加算1 病棟薬剤業務実施加算2	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 新生児特定集中治療室管理料1
特定機能病院入院基本料 (結核病棟) 7対1入院基本料 看護職員1人当たりの受患者数は7人以内です。	超急性期脳卒中加算 診療録管理体制加算1 医師事務作業補助体制加算1	無菌治療室管理加算1 無菌治療室管理加算2 緩和ケア診療加算	褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ハイリスク妊娠管理加算 ハイリスク分娩管理加算	データ提出加算 入退院支援加算 精神疾患診療体制加算	総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 小児入院医療管理料2
※各病棟の看護要員の配置状況は病棟内に掲示しております。 ※本院は、患者さんの負担による付添看護を行っておりません。	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算 看護補助加算	精神科応急入院施設管理加算 精神科身体合併症管理加算 医療安全対策加算1	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 総合評価加算 後発医薬品使用体制加算2◆	精神科急性期医師配置加算 特定集中治療室管理料4 ハイケアユニット入院医療管理料1	精神科急性期治療病棟入院料1 短期滞在手術等基本料1

(2) 特掲診療料の施設基準等

ウイルス疾患指導料 糖尿病合併症管理料 がん性疼痛緩和指導管理料 がん患者指導管理料イ がん患者指導管理料ロ がん患者指導管理料ハ 外来緩和ケア管理料 移植後患者指導管理料 (臓器移植後) 移植後患者指導管理料 (造血幹細胞移植後) 糖尿病透析予防指導管理料 乳腺炎重症化予防・ケア指導料◆ 院内トリアージ実施料◆ 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算◆ 外来放射線照射診療料 ニコチン依存症管理料 療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算◆ がん治療連携計画策定料 肝炎インターフェロン治療計画料 ハイリスク妊産婦連携指導料1◆ ハイリスク妊産婦連携指導料2◆ 薬剤管理指導料 医療機器安全管理料1 医療機器安全管理料2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算◆ 在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料◆ 持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定 遺伝学的検査 抗HLA抗体 (スクリーニング検査) 及び抗HLA抗体 (抗体特異性同定検査) ◆ HPV核酸検出及びHPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	検体検査管理加算 (I) 検体検査管理加算 (IV) 国際標準検査管理加算 遺伝カウンセリング加算 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算 胎児心エコー法 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト ヘッドアップティルト試験 長期継続頭蓋内脳波検査 脳波検査判断料1 脳磁図 神経学的検査 ロービジョン検査判断料 コンタクトレンズ検査料1 小児食物アレルギー負荷検査 内服・点滴誘発試験 画像診断管理加算3◆ 遠隔画像診断 ポジトロン断層撮影 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 CT撮影及びMRI撮影 冠動脈CT撮影加算 心臓MRI撮影加算 乳房MRI撮影加算 頭部MRI撮影加算◆ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 外来化学療法加算1 無菌製剤処理料 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 運動器リハビリテーション料 (I) 呼吸器リハビリテーション料 (I) がん患者リハビリテーション料 歯科口腔リハビリテーション料2 精神科作業療法 認知療法・認知行動療法1 精神科ショート・ケア「大規模なもの」	精神科デイ・ケア「大規模なもの」 抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。) 医療保護入院等診療料 口腔粘膜血管腫凝固術◆ 人工腎臓◆ 導入期加算2及び腎代替療法実績加算◆ 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算 CAD/CAM冠 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2 センチネルリンパ節加算 組織拡張器による再建手術 (乳房 (再建手術) の場合に限る。) 骨移植術 (軟骨移植術を含む。)(同種骨移植 (非生体) (同種骨移植 (特殊なものに限る。))) 骨移植術 (軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術に限る。) 脳腫瘍覚醒下マッピング加算 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算 脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む。) 及び脳刺激装置交換術 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術 緑内障手術 (緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)) 緑内障手術 (水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術) ◆ 網膜付着組織を含む硝子体切除術 (眼内内視鏡を用いるもの) 人工中耳植込術◆ 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 (拡大副鼻腔手術) 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘 (亜全摘) 術 (両葉)、内視鏡下副甲状腺 (上皮小体) 腺腫過形成手術 乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検 (併用) 乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検 (単独)	乳腺悪性腫瘍手術 (乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴わないもの) 及び乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴うもの)) ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後) 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 肺悪性腫瘍手術 (壁側・臓側胸膜全切除 (横隔膜、心膜合併切除を伴うもの) に限る。) 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 同種死体肺移植術 生体部分肺移植術 食道縫合術 (穿孔、損傷) (内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腎 (腎盂) 腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、陰嚢瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの) ◆ 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの) 経カテーテル大動脈弁置換術 磁気ナビゲーション加算 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー) ◆ 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術 (レーザーシースを用いるもの) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 大動脈バルーンパンピング法 (IABP法) 補助人工心臓 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 腹腔鏡下胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 腹腔鏡下噴門側胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆	胆管悪性腫瘍手術 (膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。) 腹腔鏡下肝切除術 生体部分肝移植術 同種死体肝移植術 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術◆ 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術 生体部分小腸移植術◆ 同種死体小腸移植術◆ 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 腹腔鏡下直腸切除・切断術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 同種死体腎移植術 生体腎移植術 膀胱水圧拡張術 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) ◆ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 人工尿道括約筋植込・置換術 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 腹腔鏡下仙骨固定術◆ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合) ◆ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮頸がんに限る。) 胎児胸腔・羊水腔シャント術 医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術 輸血管理料I コーディネート体制充実加算◆	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 麻酔管理料 (I) 麻酔管理料 (II) 放射線治療専任加算 外来放射線治療加算 高エネルギー放射線治療 1回線量増加加算◆ 強度変調放射線治療 (IMRT) 画像誘導放射線治療 (IGRT) 体外照射呼吸性移動対策加算 定位放射線治療 定位放射線治療呼吸性移動対策加算 画像誘導密封小線源治療加算 保険医療機関間の連携による病理診断 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製 体外照射呼吸性移動対策加算 定位放射線治療 定位放射線治療呼吸性移動対策加算 画像誘導密封小線源治療加算 保険医療機関間の連携による病理診断 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診 病理診断管理加算2 悪性腫瘍病理組織標本加算◆ クラウン・ブリッジ維持管理料 歯科矯正診断料 顎口腔機能診断科 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。)) の手術前後における歯科矯正に係るもの)
---	---	---	--	--	--

(3) 入院時食事療養及び入院時生活療養

入院時食事療養/生活療養 (I)

本院で徴収する診療等の料金は、次の5から8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の別表第1内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っては20円)を乗じて得た額(消費税法及び地方税法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っては、その額に100分の108を乗じて得た額)がかかります。

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します。

5. 保険外併用療養費

評価療養費		
(1) 先進医療		
承認事項	金額	
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再植術（平成23年5月10日）	1眼につき	279,000円
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膵島移植（重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病（平成25年4月8日）	1回につき	357,100円
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（平成24年11月9日）	1回につき	94,600円
ペメトレキ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。）（平成24年12月14日）	1回につき	10,100円
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枢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、原発部位が大脳、小脳又は脳幹であるものに限る。）（平成27年9月9日）	入院1回につき	118,395円
FDGを用いたガジترون新層・コンピュータ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。）（平成27年12月18日）	1回につき	80,257円
LDLアフェレシス療法（平成28年2月12日）	1回につき	3,490円
腹腔鏡下広汎子宮全摘術（平成28年6月16日）	1回につき	781,450円
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出（子宮頸がん（FIGOによる臨床進行期分類がⅡB期以上及びⅡB期以下の扁平上皮がん）又はFIGOによる臨床進行期分類がⅠA2期以上及びⅡB期以下の腺がん）であって、リンパ節転位及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。）（平成28年7月14日）	1回につき	1,316,969円
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。）（平成29年1月13日）	1コース（14日間）につき	4,774円
	入院初日	2,426円
	入院2日目以降 1日につき	434円
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ビドグルル酸塩塩、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腸骨髄線維死発症抑制療法（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。）（平成29年11月14日）	外来処方時 1回につき	885円
	外来処方日数加算 1日につき	346円
	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。	
腹腔鏡下傍大動脈リンパ節摘除術（平成30年2月19日）	1回につき	909,476円

(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			
(平成29年5月16日)			
交流電場腫瘍治療システム・オペチューン			
	7290107981309（黒一對）	1月につき	1,544,400円（税込）
	7290107981316（白一對）	1月につき	1,544,400円（税込）
	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日につき	103,032円（税込）
使用にあたっては、黒一對と白一對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。			

選定療養費					
(1) 特別室使用料（普通室の料金に対する加算額）					
個室C	一日につき	10,000円（税込）（ただし助産の場合は	9,260円）	平成26年4月1日	
＃D	＃	9,000円（税込）（	＃	8,334円）	平成26年4月1日
＃SS	＃	120,000円（税込）（	＃	111,112円）	平成26年4月1日
＃SA	＃	100,000円（税込）（	＃	92,593円）	平成26年4月1日
＃SB	＃	36,000円（税込）（	＃	33,334円）	平成27年12月27日
＃SC	＃	18,000円（税込）（	＃	16,667円）	平成27年12月27日
＃SD	＃	13,000円（税込）（	＃	12,038円）	平成26年4月1日
＃SE	＃	9,000円（税込）（	＃	8,334円）	平成26年4月1日
二人室SF	＃	4,000円（税込）（	＃	3,704円）	平成26年4月1日
個室SG	＃	24,000円（税込）（	＃	22,223円）	平成27年12月27日
＃MA	＃	18,000円（税込）（	＃	16,667円）	平成27年12月27日
＃MB	＃	13,000円（税込）（	＃	12,038円）	平成27年12月27日

＊24時を区切りとして、1日単位で（1泊2日の入院の場合は2日分）の料金がかかります。
＊転室した日の特別室使用料は、転入した室の料金がかかります。

(2) 特定機能病院における初再診時負担額（平成28年4月1日）		
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円（税込） （5,000円）
再診時負担額（他の病院（一般病床の数が400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円（税込） （2,500円）
消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合には、括弧内の料金とする。		

(3) 制限回数を超えて受けた診療		
検査（腫瘍マーカー）		
癌胎児性抗原(CEA)（平成30年4月1日）	1回につき	1,134円（税込）
α-フェトプロテイン(AFP)（平成30年4月1日）	1回につき	1,155円（税込）
前立腺特異抗体(PSA)（平成30年4月1日）	1回につき	1,404円（税込）
CA19-9（平成30年4月1日）	1回につき	1,404円（税込）
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）（平成26年4月1日）	1単位	2,214円（税込）
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（平成28年4月1日）	1単位	2,646円（税込）
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）（平成28年4月1日）	1単位	1,587円（税込）
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（平成28年4月1日）	1単位	1,944円（税込）
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）（平成28年4月1日）	1単位	1,166円（税込）
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（平成28年4月1日）	1単位	1,998円（税込）
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）（平成28年4月1日）	1単位	1,198円（税込）
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（平成26年4月1日）	1単位	1,890円（税込）

(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（平成27年1月19日）		
	1日につき	2,592円（税込）

(5) 差額徴収の対象となる料金（平成26年4月1日）		
保存料、補綴料、小児歯科領域		
金属歯冠修復料	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12節第3節に定める使用材料の点数に10円を乗じて得た額を控除した額に100分の108を乗じて得た額	
白金加金又は合金金前歯		
歯冠継続歯料		
白金加金又は合金金前歯		

(6) 保険外併用療養費に係る金属床総義歯の料金（平成26年4月1日）		
白金加金（上顎・下顎）	1床につき	410,900円（税込）
白金金（上顎・下顎）	1床につき	386,900円（税込）
特殊合金（上顎・下顎）	1床につき	188,600円（税込）
チタン合金（上顎・下顎）	1床につき	287,800円（税込）
	上記に定める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	

(7) 保険外併用療養費（選定療養）に係る歯科に罹患している患者の指導管理に関する料金（平成26年4月1日）		
フッ化物局所応用	1口腔1回につき	2,100円（税込）
	上記に定める価格に100分の108を乗じて得た額	

特別室配置状況	＊詳細については、各病棟内掲示板に掲載しております。												
	C	D	SS	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	MA	MB	計
北病棟1階	2	6											8
北病棟2階	4	3											7
北病棟3階	4	13											17
北病棟4階	6	2											8
北病棟5階	6	1											7
北病棟6階	6	4											10
積貞棟2階				4	7	7							18
積貞棟3階						13	2			3			18
積貞棟4階						4	7	2	2				15
積貞棟5階						6	6						12
積貞棟6階				1	6	3							10
積貞棟7階					6	6							12
積貞棟8階			1		5	5							11
南病棟1階										3	9		12
南病棟2階										6	7		13
南病棟3階										5	5		10
南病棟4階										4	7		11
南病棟5階										6	6		12
南病棟6階										6	8		14
南病棟7階										7	10		17
南病棟8階										6	8		14
計（床）	28	29	1	1	4	47	36	2	2	3	43	60	256

6. 療養の給付と直接関係ないサービス等

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切行っておりません。

(1) 病衣貸与料（平成28年4月1日）		
	1日につき	178円（税込）（ただし助産の場合は165円）

(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			
普通診断書料（平成26年4月1日）	1通につき	2,160円（税込）	
死亡診断書（死体検案書）料（平成26年4月1日）	1通につき	2,160円（税込）	
特殊診断書料（平成26年4月1日）			
	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円（税込）
	上記以外の診断書料	1通につき	4,320円（税込）
証明書料（平成26年4月1日）		1通につき	1,620円（税込）
特殊証明書料（平成26年4月1日）			
	自動車損害賠償責任保険診療報酬明細書料	1通につき	4,320円（税込）
	上記以外の証明書料	1通につき	3,240円（税込）
文書発送料（文書を郵便により交付する場合）（平成28年2月12日）			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			
京都大学における個人情報の保護に関する規定に基づく診療情報の開示に係る料金（平成17年7月25日）	法人文書1件につき	300円（税込）	
上記以外の診療情報の開示に係る料金			
診療録等複写料（電子式複写）（平成17年7月25日）	1枚につき	20円（税込）	
X線フィルム複写料（平成26年4月1日）			
	半切	1枚につき	820円（税込）
	大角	＃	680円（税込）
	大4つ切	＃	580円（税込）
	4つ切	＃	490円（税込）
	6つ切	＃	370円（税込）
電子媒体複写料（放射線画像の複写に限る。）（平成26年4月1日）	DVD-R1枚につき	1,080円（税込）	

(4) 薬剤容器料（平成26年4月1日）		
	1個	108円（税込）（ただし助産の場合は100円）

(5) 日常生活上必要なサービスに係る費用		
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）（平成26年4月1日）	1セット	216円（税込）
紙オムツ（大人用テープ式パンツタイプ・Sサイズ）（平成28年7月1日）	1袋（2枚入）	259円（税込）
紙オムツ（大人用テープ式パンツタイプ・Mサイズ）（平成28年4月1日）	1袋（3枚入）	583円（税込）
紙オムツ（大人用テープ式パンツタイプ・Lサイズ）（平成26年4月1日）	1袋（3枚入）	680円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・Sサイズ）（平成26年4月1日）	1袋（2枚入）	34円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・Mサイズ）（平成26年4月1日）	1袋（2枚入）	129円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・Lサイズ）（平成26年4月1日）	1袋（2枚入）	129円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・未熟児）（平成26年4月1日）	1袋（32枚入）	2,280円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・未熟児用 SS）（平成26年4月1日）	1袋（20枚入）	518円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・新生児（小）3S）（平成26年4月1日）	1袋（36枚入）	453円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・新生児 2S）（平成26年4月1日）	1袋（36枚入）	453円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・新生児 3000gまで）（平成29年4月1日）	1袋（40枚入）	414円（税込）
紙オムツ（子供用テープタイプ・新生児 5000gまで）（平成29年4月1日）	1袋（40枚入）	414円（税込）
ガーゼねまき（平成26年4月1日）	1枚	1,058円（税込）
		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。

(6) 予防接種料			
子宮頸がんワクチン（平成26年4月1日）	サーバリックス	1回につき	16,500円（税込）
	ガーダシル	1回につき	16,500円（税込）
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。）（平成28年5月16日）		1回につき	8,273円（税込）
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。）（平成28年5月16日）		1回につき	11,578円（税込）
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。）（平成28年5月16日）		1回につき	10,930円（税込）
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。）（平成28年11月14日）		1回につき	6,761円（税込）

(7) 死後の処置に関する料金（平成26年4月1日）			
	エンゼルケア料	1回につき	5,400円（税込）

7. 患者の意思による自由診療（医科領域に係る診療） 別紙のとおり

8. 患者の意思による自由診療（歯科領域に係る診療） 別紙のとおり

7. 患者の意思による自由診療（医科領域に係る診療）

* 税込でないもの

区分	算定単位	料金（円）
(1) 各種相談料		
セカンドオピニオン相談料	1回につき	32,400
遺伝子診療相談料		
初診	1時間につき	5,915
初診時の加算額	30分につき	2,026
再診	30分につき	2,026
再診時の加算額	30分につき	2,026
女性のこころとからだの相談室		
医師カウンセリング料	30分につき	5,400
医師カウンセリング料の加算額	30分につき	5,400
助産師ケア料	30分につき	2,160
助産師ケア料の加算額	30分につき	2,160
心理療法外来料	1回につき	4,320
がん・生殖医療相談		
がん・遺伝子相談料	1回（30分まで）につき	7,452
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		
産科婦人科における各種検査料		
妊婦検診	1回につき	* 4,500
ノンストレステスト	1回につき	* 2,000
胎児超音波外来	1回につき	* 6,000
AMH（抗ミュラー管ホルモン）検査料	1回につき	* 7,236
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。）		
がんクリニカルシーケンス検査料	1回につき	883,980
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
呼吸器疾患検査料		
アスペルギルス抗体（オクタクローニー法）	1回につき	3,672
寄生虫抗体スクリーニング検査	1回につき	3,672
寄生虫免疫診断検査	1回につき	4,536
シロリムス	1回につき	2,916
Immuno CAP IgG（ハト、セキセイインコ）	1回につき	7,128
Immuno CAP IgG（アスペルギルス）	1回につき	7,884
抗GM-CSF抗体	1回につき	47,196
HLA-DRB1、DQB1	1回につき	23,868
B型肝炎訴訟に係る検査料		
HBV分子系統解析検査	1回につき	24,300
HBVサブジェノタイプ判定検査	1回につき	16,200
オンコタイプDX検査料	1回につき	439,560
腫瘍関連遺伝子検査料		
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
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
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
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
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
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
網膜芽細胞腫遺伝子に関連する遺伝子検査に係る料金		
RB1フルシーケンス	1回につき	41,904
追加RB1 MLPA	1回につき	35,640
RB1シングルサイト	1回につき	35,640

* 税込でないもの

区分	算定単位	料金（円）
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
ミトコンドリア遺伝子セット (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
家族性腫瘍パネル検査		
Vista Seq家族性腫瘍パネル検査	1回につき	118,800
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
OncoPrime Basicがん遺伝子検査		
OncoPrime Basicがん遺伝子検査料	1回につき	798,660
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
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
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
DNA抽出結果に起因する検査中止の場合	1回につき	142,128
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
Guardant liquid biopsyがん遺伝子検査		
初回	1回につき	414,072
2回目以降	1回につき	308,664

* 税込でないもの

区分	算定単位	料金（円）
(3) 各種処置及び手術料		
分娩に係る料金		
分娩介助料	1児につき	* 250,000
分娩介助料の時間外加算額	1児につき	* 50,000
分娩介助料の深夜加算額	1児につき	* 75,000
産科医療補償制度掛金	1児につき	* 16,000
和痛分娩麻酔料	1回につき	* 70,000
新生児及び乳児に係る検診及び入院		
新生児管理保育料	1日につき	* 4,630
乳児管理保育料	1日につき	* 1,130
先天性代謝異常検査		
採血・指導料	1回につき	* 3,500
新生児聴覚スクリーニング検査料	1回につき	* 6,000
乳房マッサージ料	1回につき	3,240
婦人科における各種処置及び手術料		
子宮内リング挿入	1回につき	16,200
子宮内リング抜去	1回につき	8,640
人工授精料	1回につき	10,800
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
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
黄体ホルモン剤料		
ルティナス（プロゲステロン）錠100mg	1錠につき	355
ウトロゲスタン陰用カプセル200mg	1錠につき	324
子宮鏡下選択的卵管通水術	1回につき	24,000
リンパ浮腫施術料		
リンパドレナージュ 上肢片側	1回につき	4,860
リンパドレナージュ 上肢両側	1回につき	6,480
リンパドレナージュ 下肢片側	1回につき	6,480
リンパドレナージュ 下肢両側	1回につき	9,720
パンテーゼ（多層包帯）上肢片側	1回につき	1,620
パンテーゼ（多層包帯）上肢両側	1回につき	3,240
パンテーゼ（多層包帯）下肢片側	1回につき	3,240
パンテーゼ（多層包帯）下肢両側	1回につき	4,860
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
内視鏡下手術用ロボット支援を含む入院料		
直腸がん	1回につき	1,960,000
結腸がん	1回につき	1,861,704
胃がん	1回につき	1,710,000
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
肺がん	1回につき	1,960,000
縦隔腫瘍・胸壁腫瘍	1回につき	1,220,000
膈体尾部腫瘍	1回につき	1,670,000
子宮良性腫瘍	1回につき	1,140,000
食道がん	1回につき	3,960,000
膀胱腫瘍	1回につき	2,860,000

8. 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	金額(円)
(1) 保存料関連		
歯冠修復(装着料、装着材料料、管理料含む)		
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
ポーセレンインレー・アンレー	1歯につき	43,200
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
特殊レジンを用いた修復(単純)	1歯につき	10,800
特殊レジンを用いた修復(複雑)	1歯につき	16,200
レジンベニア(間接法)	1歯につき	21,276
歯周組織再生・審美手術(術前術後管理料含む)(手術に伴う投薬料は10割負担分を請求)		
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
エムドゲイン投与手術	1手術・1材料につき	54,000
病的移動歯の復位処置		
床装置によるもの	1装置につき	39,528
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
歯の抜出		
磁性アタッチメントによるもの	1歯につき	64,800
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
検査		
細菌検査(ペリオチェック)	1サンプルにつき	2,160
細菌検査(PCR法)	1歯1菌種につき	3,240
歯周病原性菌血清抗体価検査	1回1菌種につき	2,160
リンパ球膜抗原検査	1回1分子につき	2,160
歯周病リスク遺伝子型検査	1回1遺伝子につき	10,800
口臭検査料(ガスクロ使用)	1回につき	5,400
口臭検査料(その他)	1回につき	2,160
う蝕リスク検査(唾液緩衝能測定器等)	1回につき	4,860
予防処置		
機械的紙面精巣(紙面清掃当日の航空保険指導含む)	1口腔につき	5,400
口腔保健指導	1回につき	2,160
フッ化物塗布等	1口腔につき	2,160
審美		
歯の漂白	1歯につき	7,560
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
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
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		
部分床義歯(バー・クラスプ・レスト込み)		
コバルトクロム床(本体)	1床につき	(200,000+5,000×歯数)×1.08
コバルトクロム床(歯数のみ)	1歯につき	5,400
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×歯数)×1.08
貴金属床(白金加金と金合金)本体	1床につき	(260,000+10,000×歯数)×1.08
貴金属床(白金加金と金合金)歯数のみ	1歯につき	10,800
チタン床本体	1床につき	(200,000+7,000×歯数)×1.08
チタン床(歯数のみ)	1歯につき	7,560
特殊義歯(本体)	1床につき	(100,000+4,000×歯数)×1.08
特殊義歯(歯数のみ)	1歯につき	4,320
アタッチメント類の追加料金(設計料込み)		
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
コーヌス内冠	1歯につき	86,400
コーヌス外冠 レジン前装含む	1歯につき	108,000
全部床義歯		
コバルトクロム床	1床につき	259,200
貴金属床(白金加金と金合金)	1床につき	432,000
チタン床	1床につき	302,400
特殊義歯	1床につき	194,400
人工歯追加料金		
金属歯	1歯につき	21,600
仮義歯(本体のみ)	1床につき	(70,000+5,000×歯数)×1.08
仮義歯(歯数のみ)	1歯につき	5,400
床義歯修理料	1床につき	装置料の50%
(3) スプリント関連		
スプリント関連		
金属スプリント	1顎につき	216,000
私費スプリント調整料	1来院につき	5,400

区分	算定単位	金額(円)
(4) スポーツ歯科関連		
スポーツ歯科関連		
マウスガード(単層)	1顎につき	5,400
マウスガード(複層)	1顎につき	10,800
マウスガード(ロストワックス法)	1顎につき	21,600
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		
クラウン(可撤性オンレーを含む)		
チタンクラウン	1歯につき	75,600
貴金属クラウン	1歯につき	81,000
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
ハイブリッドジャケットCr 金属不使用	1歯につき	70,200
メタルボンドCr(貴金属、チタンとも)	1歯につき	108,000
ボンティック(金属)	1歯につき	64,800
ボンティック(前装)	1歯につき	97,200
オールセラミックCr	1歯につき	108,000
オールセラミック橋体	1歯につき	97,200
ハイブリッド橋体	1歯につき	64,800
プロビショナルレストレーション	1歯につき	2,160
根面キャップ	1歯につき	21,600
ラミネートベニア	1歯につき	70,200
(6) 口腔外科関連		
便宜抜歯(術前術後管理料含む)(手術に伴う投薬料は10割負担分を請求)		
前歯	1歯につき	2,160
臼歯	1歯につき	3,780
難抜歯	1歯につき	6,480
埋伏歯	1歯につき	16,200
下顎完全埋伏智歯(骨性)	1歯につき	21,600
下顎水平埋伏智歯	1歯につき	21,600
小手術関連(術前術後管理料含む)(手術に伴う投薬料は10割負担分を請求)		
歯牙移植	1歯につき	32,400
歯牙移植に関わる治療・管理・予後の判定	1歯につき	21,600
上顎洞底挙上術(口腔内片側)	1歯につき	81,000
上顎洞底挙上術(口腔内両側)	1歯につき	162,000
上顎洞底挙上術(口腔外両側)	1歯につき	216,000
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
矯正用アンカープレートインプラント除去	1歯につき	10,800
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
矯正用アンカースクリューインプラント除去	1歯につき	5,400
補綴関連		
発音嚙下補助装置用金属床	1床につき	172,800
発音嚙下補助装置の付加料	1床につき	28,080
発音嚙下補助装置調整料	1床につき	4,320
ホット床	1床につき	16,200
理学療法関連		
温熱療法(近赤外線)	1回につき	432
検査関連		
感覚検査料	1回につき	648
(2) 小児歯科関連		
保険・咬合誘導の定期観察		
口腔内検査のみの場合	1回につき	2,160
口腔内検査以外の検査を含む場合	1回につき	4,860
家庭管理料	1回につき	4,375
保険		
保険 検査料	1回につき	9,180
保険 診断料	1回につき	7,560
保険装置料 可撤式(片顎)	1装置につき	27,000
保険装置料 接着による固定式	1装置につき	10,800
保険装置料 バンドループ	1装置につき	10,800
保険装置料 クラウン・ループ	1装置につき	14,040
保険装置料 クラウン・ディスタル・シュー	1装置につき	21,600
保険装置料 リンガルアーチ型	1装置につき	21,600
保険 調節料 単純(チェアサイドでの調整)	1回につき	2,160
保険 調節料 複雑(装置を預かる場合)	1回につき	5,400

区分	算定単位	金額(円)
咬合誘導		
咬合誘導 相談料	1回につき	5,400
咬合誘導 検査料	1回につき	10,800
咬合誘導 機能検査料	1回につき	10,800
咬合誘導 診断料	1回につき	19,440
咬合誘導 装置料 単純	1装置につき	28,080
咬合誘導 装置料 複雑	1装置につき	43,200
咬合誘導 装置料 保定	1装置につき	17,280
咬合誘導 調節料	1回につき	5,400
咬合誘導 観察料	1回につき	3,240
(8) 麻酔関連		
麻酔関連		
麻酔科診断料	1回につき	3,780
インプラント手術管理料	1歯につき	21,600
表面電極通電療法	1回につき	5,940
音楽療法	1回につき	1,404
ソフトラザー照射	1回につき	1,620
イオントフォレーシス	1回につき	3,456
(9) 放射線関連		
放射線科関連		
CT画像再構築処理	1回につき	3,240
小照射野CT:3DX	1部位につき	5,400
(10) 歯科矯正関連		
相談料及び検査料他		
相談料	1回につき	4,752
基本検査料	1回につき	78,840
機能検査料	1回につき	43,848
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
診断料(セットアップなし)	1回につき	36,072
診断料(セットアップあり)	1回につき	77,112
セットアップ料	1回につき	41,040
基本施術料	1回につき	165,456
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
装置料		
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
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
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
セクショナルアーチ(片顎)	片顎につき	49,248
急速拡大装置	1装置につき	50,976
Wタイプ拡大装置	1装置につき	49,680
舌側弧線装置	1装置につき	37,800
ホールディングアーチ	1装置につき	32,616
パラタルバー	1装置につき	32,184
リップバンパー	1装置につき	32,400
タンククリブ	1装置につき	42,768
ヘッドギア	1装置につき	38,016
チンキャップ	1装置につき	31,320
上顎前方牽引装置	1装置につき	50,328
床矯正装置(片顎)	1装置につき	39,528
拡大床矯正装置(片顎)	1装置につき	45,792
ダイナミックポジショナー	1装置につき	63,720
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
上顎牽引装置	1装置につき	164,316
下顎牽引装置	1装置につき	283,500
保定装置他		
可撤式保定装置(片顎)	1装置につき	39,312
固定式保定装置(片顎)	1装置につき	30,240
調節料	1回につき	6,048
観察料	1回につき	3,888
転医資料料	1回につき	17,280
装置修理料(小児・矯正共通)	1装置につき	装置料の50%

* 税込でないもの

区分	算定単位	金額(円)
(11) インプラント関連		
診査関連		
相談料	1回につき	3,780
診断用ワックスアップ	1歯につき	2,160
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
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
直接顎骨診査料(測定用釘打ち込み)	1回につき	22,206
手術関連(術前術後管理料含む)(手術に伴う投薬料は10割負担分を請求)		
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
インプラント2次手術(治療用アパットメント材料費を含む)	1本につき	32,400
骨移植A(ソケットリフト等)	1部位につき	32,400
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
IPインプラント	1本につき	27,000
骨採取加算(口腔内採取)	1部位につき:片顎単位	61,884
骨採取加算(口腔外採取)	1部位につき:片顎単位	98,928
GTR/GBR法	1歯につき	32,400
補綴関連		
インプラント上部構造(インプラントプロビショナルレストレーション、アパットメント等材料含む)	1歯につき	237,600
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
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
IPインプラント用TEK	1歯につき	10,800
インプラントプロビショナルレストレーション	1歯につき	32,400
メンテナンス関連		
定期観察料1	1回につき	2,160
定期観察料2(他医院での処置後の場合)	1回につき	5,400
インプラント前後外科処置		
インプラント周囲小帯切除術	1カ所につき	8,316
口腔前庭形成術		
粘膜移植によるもの	1回につき	86,508
粘膜代用被覆によるもの	1回につき	43,200
2次上皮化によるもの	1回につき	32,400
歯槽部仮骨延長術(材料費を含む)	1装置につき	341,992
高気圧酸素療法		
	1日につき	2,160
術後の創部保護シーネ		
	1床につき	17,280
インプラント関連の修理に係る材料及びパーツ代等		
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

※諸料金に関して、何かご不明な点等がございましたらお近くの職員までお声がけください。