

保険外料金表 (税込)

令和 7 年 5 月 1 日現在

● 保険外併用療養費（初診時）	1 回	2,200 円
-----------------	-----	---------

文書料		
■ 診断書（病院所定）	1 通	4,400 円
■ 診断書（病院所定・英文）	1 通	11,000 円
■ 診断書（保険会社用）	1 通	6,600 円
■ 診断書（公安用）	1 通	3,300 円
■ 入院・手術証明書	1 通	6,600 円
■ 通院・手術証明書	1 通	6,600 円
■ 死亡診断書	1 通	11,000 円
■ 死体検案書	1 通	11,000 円
■ 身体障害者診断書・意見書	1 通	11,000 円
■ 身体障害者診断書・意見書（2 回目以降）	1 通	5,500 円
■ 診断書（交通事故）	1 通	11,000 円
■ 明細書（交通事故）	1 通	7,700 円
■ 後遺症診断書（交通事故）	1 通	11,000 円
■ 障害年金用診断書	1 通	11,000 円
■ 自立支援医療（精神通院）診断書	1 枚	3,300 円
■ 臨床調査個人票	1 枚	2,200 円
■ 医療証明・領収証明	1 枚	2,200 円
■ おむつ使用証明書	1 枚	2,200 円
■ 治癒証明書	1 枚	550 円
■ 登園・登校許可証明書	1 枚	550 円
■ 健康診断書（施設入所用）	1 枚	2,200 円
■ 回答書（保険会社用）	1 枚	11,000 円



医療法人徳洲会 鎌ヶ谷総合病院

保険外料金表 (税込)

令和 7 年 5 月 1 日現在

予 防 接 種		
■ おたふくかぜ（ムンプス）	1 回	4,950 円
■ 風しん	1 回	4,950 円
■ M R（麻しん・風しん混合ワクチン）	1 回	9,350 円
■ 麻しん	1 回	4,950 円
■ 水痘（みずぼうそう）	1 回	7,480 円
■ B C G（結核）	1 回	4,950 円
■ 狂犬病	1 回	11,478 円
■ ジフテリア・破傷風（D T）※ 2 種混合	1 回	3,850 円
■ 肺炎球菌	1 瓶	8,580 円
■ A 型肝炎	1 回	5,100 円
■ B 型肝炎（ビームゲン 0. 2 5 m L）	1 回	3,850 円
■ B 型肝炎（ビームゲン 0. 5 m L）	1 回	4,150 円
■ D P T（百日せき・ジフテリア・破傷風混合） ※ 3 種混合	1 回	3,850 円
■ 破傷風	1 回	3,300 円
■ インフルエンザワクチン 1 回目	1 回	3,850 円
■ インフルエンザワクチン 2 回目	1 回	3,850 円



保険外料金表 (税込)

令和 7 年 5 月 1 日現在

自費検査

■ 癌胎児性抗原 (CEA) ※規定回数超	1 回	1,050 円
■ α -フェトプロテイン (AFP) ※規定回数超	1 回	1,070 円
■ 血液型検査 (A B O 式及び R h 式)	1 回	2,200 円
■ H I V - 1 , 2 抗体価 (自費)	1 回	11,000 円

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 回	2,050 円
■ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	1 回	2,450 円
■ 廃用症候群リハビリテーション料 (I)	1 回	1,800 円
■ 運動器リハビリテーション料 (I)	1 回	1,800 円
■ 呼吸器リハビリテーション料 (I)	1 回	1,750 円

健診

■ 乳児健診	1 回	3,850 円
--------	-----	---------



保険外料金表 (税込)

令和 7 年 5 月 1 日現在

その他		
■ スリッパ	1 足	220 円
■ 付添寝具	1 日	161 円
■ 付き添い食（朝）	1 回	330 円
■ 付き添い食（昼）	1 回	550 円
■ 付き添い食（夜）	1 回	550 円
■ D S 食	1 回	460 円
■ 透析食	1 食	506 円
■ 大腸検査前食	1 箱	1,320 円
■ 松葉杖貸し出し保証金	1 回	9,000 円
■ ポリネック（頸椎カラー）	1 個	4,400 円
■ お薬容器代（貸与）	1 個	33 円
■ コピーフィルム（半切、大角）	1 枚	880 円
■ コピーフィルム [C D]	1 枚	2,200 円
■ カルテ開示手数料		3,300 円
■ カルテ開示コピー代（1 枚につき）	1 枚	22 円
■ 面談料（保険会社等・30 分未満）	1 回	11,000 円
■ 面談料（保険会社等・30 分超）	1 回	5,500 円
■ 駐車場（入院患者）	1 日	200 円
■ エンゼルケア		5,500 円
■ 180 日超入院料	1 日につき	2,390 円



保険外料金表 (税込)

令和 7 年 5 月 1 日現在

個室利用料（特室）					1 日	22,000 円
4 階 東	4 階 西	5 階 東	5 階 西	7 階 西	[設備] バス・トイレ・キッチン・応接セット	
417 号室	477 号室	517 号室	577 号室	777 号室		

個室利用料（個室）					1 日	11,000 円
回復期病棟（3 階 東）						
301 号室	302 号室	303 号室	305 号室	306 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
310 号室	311 号室	312 号室				
4 階 東						
402 号室	403 号室	405 号室	408 号室	410 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
411 号室	412 号室	413 号室	415 号室	416 号室		
4 階 西						
466 号室	467 号室	471 号室	472 号室	473 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
475 号室	476 号室					
5 階 東						
505 号室	508 号室	510 号室	511 号室	512 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
513 号室	515 号室	516 号室				
5 階 西						
557 号室	566 号室	567 号室	572 号室	573 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
575 号室	576 号室					
7 階 西						
766 号室	767 号室	771 号室	772 号室	773 号室	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
775 号室	776 号室					

個室利用料（特室）		1 日	22,000 円
緩和ケア病棟（P C U）			
23		[設備] バス・トイレ・キッチン・応接セット	

個室利用料（個室）					1 日	7,700 円
緩和ケア病棟（P C U）						
16	17	18	20	21	[設備] シャワー・トイレ・応接セット	
22	25					

* テレビ・冷蔵庫は全ての部屋で完備
* その他詳細につきましては、総合受付にお尋ね下さい。