

# 自費診療料金表

2025.7.1 改正

|                                                                                                                                                                                   | 項 目                             | 料 金         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 診 察 料                                                                                                                                                                             | 初診時超音波検査（下記の初診料含む）<br>正常妊娠初期の方  | 5,000 円     |
|                                                                                                                                                                                   | 再診時超音波検査（下記の再診料含む）<br>正常妊娠初期の方  | 3,500 円     |
|                                                                                                                                                                                   | 初診料                             | 2,200 円     |
|                                                                                                                                                                                   | 再診料                             | 1,100 円     |
| 検 査 料<br>(助成券使用不可上記以外の場合)                                                                                                                                                         | 3D/4D 超音波検査（単胎）                 | 5,000 円     |
| 分 娩 料                                                                                                                                                                             | 正常分娩（5泊6日）                      | 約 520,000 円 |
| <p>*産科医療保障制度費用（12,000 円）。</p> <p>*お部屋代はいただいております。（特別室ご利用の場合は別紙参照）</p> <p>*標準的な入院期間の費用です。</p> <p>入院が延長した場合、処方や投薬の内容により 追加費用が必要となります。</p> <p>また、休日、祝祭日、深夜、時間外は割増しになります。ご了承ください。</p> |                                 |             |
| 卵管結紮（避妊手術）<br>(入院料その他の諸費用は別途)                                                                                                                                                     | 手術料（分娩後行う場合）                    | 150,000 円以上 |
|                                                                                                                                                                                   | 手術料（開腹術と同時に行う場合）                | 93,000 円    |
|                                                                                                                                                                                   | 手術料（腹腔鏡にて行う場合）                  | 220,000 円   |
| 人工妊娠中絶手技料<br>(入院料その他の諸費用は別途)                                                                                                                                                      | 初期中絶（妊娠 11 週まで）の場合              | 120,000 円   |
|                                                                                                                                                                                   | 中期中絶（妊娠 12 週以降）の場合              | 400,000 円以上 |
| 投 薬 料                                                                                                                                                                             | レボルゲストレル錠 1.5 mg（緊急避妊用）※1 錠     | 10,000 円    |
|                                                                                                                                                                                   | フボワール 28 ※28 錠（1 シート）           | 2,200 円     |
|                                                                                                                                                                                   | ラベルフィーユ 28 ※28 錠（1 シート）         | 2,400 円     |
|                                                                                                                                                                                   | スリダ錠 28 ※28 錠（1 シート）            | 3,300 円     |
| 遺伝学的検査                                                                                                                                                                            | 出生前診断カウンセリング（個別）                | 10,000 円    |
|                                                                                                                                                                                   | NIPT（遺伝カウンセリングを含む）              | 120,000 円   |
|                                                                                                                                                                                   | クアトロテスト（母体血清マーカー検査）             | 22,000 円    |
|                                                                                                                                                                                   | 羊水染色体検査（羊水検査+穿刺料）<br>別途入院料必要です。 | 98,000 円    |

# 自費診療料金表

2025.7.1 改正

|     |                                                                                                         |           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 検 査 | ブライダルチェック（性感染症セット）<br>（クラミジア、淋菌、トリコモナス、カンジダ）                                                            | 5,500 円   |
|     | ブライダルチェック（母子感染セット）<br>（梅毒、B 型肝炎、C 型肝炎、サイトメガロ、トキソプラズマ、風疹）                                                | 11,000 円  |
|     | 感染症検査<br>（梅毒B 型肝炎C 型肝炎HIV 抗体）                                                                           | 2,880 円   |
|     | HIV（ヒト免疫不全ウイルス）（エイズウイルス）                                                                                | 2,000 円   |
|     | クラミジア検査                                                                                                 | 1,980 円   |
|     | トキソプラズマ IgM 抗体価                                                                                         | 1,000 円   |
|     | トキソプラズマ IgG 抗体価                                                                                         | 1,000 円   |
|     | AMH(抗ミューラー管ホルモン)（卵巣機能評価）                                                                                | 6,600 円   |
|     | ノンストレステスト(NST)<br>※入院中の場合は 1,500 円                                                                      | 2,100 円   |
|     | 先天性代謝異常検査（再検査は無料）                                                                                       | 2,800 円   |
|     | 風疹抗体検査 現在岡山県在住の方に風疹予防助成が行われており、下記の方は HI 法検査が無料で受けられます。<br>① 妊娠を希望する女性とその同居者<br>② 風疹の抗体価が低い妊婦の同居者（一部を除く） | 2,000 円   |
|     | HTLV-Ⅰ（ヒト T 細胞白血病ウイルス-Ⅰ型）                                                                               | 1,850 円   |
|     | 不規則抗体検査                                                                                                 | 1,590 円   |
|     | 抗精子抗体検査                                                                                                 | 5,500 円   |
|     | 抗精子抗体検査 SI50                                                                                            | 9,900 円   |
|     | 精液検査                                                                                                    | 8,500 円   |
|     | ERA（子宮内膜着床能検査）                                                                                          | 115,000 円 |
|     | 排卵検査薬 ※1 本                                                                                              | 600 円     |
|     | 免疫学的妊娠反応                                                                                                | 2,400 円   |
|     | 血液型（ABO）                                                                                                | 480 円     |
|     | 血液型（Rh）（妊婦）                                                                                             | 480 円     |
|     | Dダイマー                                                                                                   | 1,460 円   |
| 処 置 | 避妊リング（FD-Ⅰ）                                                                                             | 30,000 円  |
|     | 避妊リング（FD-Ⅰ 抜去）                                                                                          | 7,000 円   |
|     | IUD（ミレーナ挿入初回）<br>*ミレーナは症状によって<br>保険適応になる場合がありますので、ご相談ください。                                              | 55,000 円  |
|     | IUD（ミレーナ抜去）                                                                                             | 7,700 円   |

# 自費診療料金表

2025.7.1 改正

|                                    |                                     |          |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------|
|                                    | IUD(ミレーナ抜去+挿入)                      | 62,700 円 |
|                                    | IUD(ミレーナ定期健診)                       | 5,500 円  |
| ワクチン                               | HPV (9 価) シルガード (1回につき)             | 28,090 円 |
|                                    | // (4 価) ガーダシル (1回につき)              | 16,840 円 |
|                                    | // (2 価) サーバリックス (1回につき)            | 16,840 円 |
|                                    | 風疹                                  | 6,750 円  |
|                                    | MR (風疹/麻疹)                          | 10,300 円 |
| その他                                | コラージュフルフル泡石鹸 150ml                  | 1,720 円  |
|                                    | 臍箱(桐箱)                              | 1,500 円  |
|                                    | 臍箱                                  | 600 円    |
|                                    | ベビーバーユ マドンナ(4g)                     | 350 円    |
| 検 診<br><br>症状がある場合は、<br>保険診療となります。 | 子宮がん検診<br>(内診、子宮頸部細胞診、経膈エコー検査)      | 9,000 円  |
|                                    | 子宮がん検診<br>(内診、子宮内膜細胞診)              | 7,000 円  |
|                                    | 乳がん検診<br>(乳房視触診、マンモグラフィー2 方向)       | 6,600 円  |
|                                    | 乳がん検診<br>(乳房視触診、マンモグラフィー2 方向、乳腺エコー) | 9,900 円  |
|                                    | 乳房超音波検査(乳腺エコー)                      | 3,500 円  |
|                                    |                                     |          |

各市町村の個別検診を受けることができます。クーポンお持ちの方は、受付時ご提示ください。

※実施期間がそれぞれ異なりますので、ご注意ください。

赤堀クリニック