

保険外負担に関する事項 ⑤

令和 8年 1月 1日 現在

項 目		金 額（税込）
保 険 適 用 外 検 査	ADMAMTS-13 活性	8,800円
	AML1/ETO (MTG8)	33,000円
	CD19	4,950円
	CD56	4,950円
	EBウイルス (EBV) -DNA 定量 (リンパ球)	16,500円
	抗HLA抗体検査 (日赤)	2,670円
	HTLV-I プロウイルス量	16,500円
	miniQ-出血性膀胱炎	33,000円
	minor-BCR/ABL 変異解析	55,000円
	Major-BCR/ABL 変異解析	55,000円
	PNH血球	44,000円
	アデノウイルスDNA	27,500円
	サイトメガロウイルス-DNA 定量 (リンパ球)	16,500円
	ビタミンB6	11,000円
	レジオネラ抗体 (血清)	8,800円
	抗カルジオリピン抗体 IgM	5,500円
	抗内因子抗体	24,200円
	TNF α	16,500円
	Th1/Th2 解析	22,000円
	bcl-2/JH再構成	17,600円
	白血病関連キメラ遺伝子スクリーニング (BML)	55,000円
	ファン・ウィルブランド因子マルチマー解析	27,500円
	PWM (リンパ球幼若化検査 (リンパ球分離培養法))	8,800円
	ユーロフロー (MMのMRD)	66,000円
	FLT3	47,300円
	白血病キメラスクリーニング (SRL)	66,000円
	HLA-A, B, DRB1 遺伝子型検査	31,350円
	移植後キメリズム検査 1回	27,500円
	血色素異常症検査スクリーニング	16,500円
	血色素異常症検査 2次検査	26,400円
	EBER	26,400円
	高感度PNH型血球検査	44,000円
	HTLV-1	33,000円
	多発性骨髄腫マルチパラメーターフローサイトメトリー (8color)	44,000円
	新 型 コ ロ ナ 感 染 関 連 検 査	
	検査希望者 (LAMP法)	22,000円
	検査希望者 (抗原検査・定性)	11,000円
	入院患者の付き添い家族【当院から検査依頼時】 (LAMP法)	3,300円
	入院患者の付き添い家族【ご本人が検査希望時】 (LAMP法)	11,000円
	転院時に転院先医療機関要請による検査 (LAMP法)	3,300円
	転院時に転院先医療機関要請による検査 (Gene Xpert法) / (ID NOW)	各7,700円
	分娩時の入院時検査 (LAMP法)	3,300円
	分娩時の入院時検査 (ID NOW法)	7,700円

※妊娠に係る検査及び妊娠していることが判明した時以降から出産日2か月以内の妊娠・出産に係る診療は、消費税法（「助産に係る資産の譲渡等」該当）により非課税扱いとなります。

（施設基準揭示用）