

自費価格一覧

(税込)

予防接種	
A型肝炎 エイムゲン	7,700
B型肝炎 ビームゲン、ヘプタバックス	5,500
おたふくかぜ	5,900
インフルエンザ	3,500
三種混合 (ジフテリア、破傷風、百日咳)	4,700
不活化ポリオ	9,900
髄膜炎菌	23,000

健康診断	
1か月健診	4,000
健康診断 (入園、入所時)	3,000

文書	
一般診断書	4,000
予防接種証明書	5,000
英文診断書	5,000

検査	
特異的IgE (1項目) ※保険適用外	1,500
血液型	5,000
スポットビジョンスクリーナー	2,000
OAEヒアリングスクリーナー	2,000
スポットビジョン&OAEヒアリング	3,000

2025.6.1改定