

○検査料金表

健診（自主）	9700円	採血・レントゲン・心電図・検尿
別途要 診断書	3000円	簡易的な検査結果の写し可の場合は不要
採血		
・血液型	2500円	
・腫瘍マーカー	3000円	1項目につき
・風疹抗体価検査	6600円	世田谷区助成制度未使用の場合
・おたふく抗体価	4400円	

○予防接種料金（自費）一回当たり

\* 海外渡航のための予防接種によっては  
当院で対応できない場合があります。ご相談ください。

・シルガード9	27500円	・四種混合（テトラビック） （ポリオ・ジフテリア・破傷風・百日咳）	14000円
・BCG（1）	9900円	・二種混合（DT） （ジフテリア・破傷風）	5500円
・水痘	8000円	・不活化ポリオ	13200円
・おたふく	7000円	・ロタテック	9000円
・麻疹（はしか）	9900円	肺炎球菌	
・風疹	9900円	・プレベナー（小児）	11000円
・MR（麻疹風疹混合）	11000円	・バクニューバンス（小児）	12000円
・日本脳炎	9900円	・ニューモバックス（成人）	8000円
・エームゲン（A型肝炎）	7700円	・破傷風	3000円
・ビームゲン（B型肝炎）	8800円	・五種混合（ゴービック） （四種混合+Hib）	18000円
・アレックスピー（RSウイルス）	25000円	Hibワクチン（アクトヒブ）	9900円
・シングリックス	20000円	* 年齢により世田谷区にて補助あり	