

## 岡山みなみクリニック 価格表

### ■診療費

|                                |                                   |         |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 医療相談料 | 初回の相談料(検査採血を希望される場合は、初診料が必要となります) | 10,800円 |
| <input type="checkbox"/> 再相談料  | 2回目以降の相談料 ※30分程度                  | 5,400円  |
| <input type="checkbox"/> 初診料   | 治療開始時(初回の検査採血時)に頂戴します。            | 10,800円 |
| <input type="checkbox"/> 再診料   | 初診以降(再相談以外)の来院毎に頂戴します。            | 3,240円  |

### ■検査料金

|                               |                                       |        |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 採血料  | 検査採血の際に頂戴します。                         | 1,080円 |
| <input type="checkbox"/> 検査料金 | 一般検査、感染症検査、腫瘍マーカー等<br>※検査項目に応じて頂戴します。 | 別途     |

### ■治療費

|  |                   |  |          |
|--|-------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 樹状細胞ワクチン療法        | アフエーシス(成分採血)      | 樹状細胞ワクチンの培養と管理を行います。   | 432,000円 |
|  | がん抗原(1種類あたり)      | 血液検査により適応のあった、MUC1、Her2、CA125、CEA等のがん抗原を樹状細胞ワクチンの目印として使用します。 | 108,000円 |
|  | ライセート処理料          | 手術の際にお預かりした自己がん組織を処理し、樹状細胞ワクチン療法に使用します。                      | 108,000円 |
|  | ワクチン準備・投与料(1回あたり) | 注射にて樹状細胞ワクチンを投与します。  | 108,000円 |
|  | 他施設・内視鏡使用料        | 内視鏡を使用し、樹状細胞ワクチンを局所に投与します。                                   | 別途       |
| <input type="checkbox"/> 活性化Tリンパ球療法(1回あたり) | 1回分の採血、培養、投与料です。  | 216,000円   |          |
| <input type="checkbox"/> NK細胞療法(1回あたり)     | 1回分の採血、培養、投与料です。  | 291,600円   |          |

※樹状細胞ワクチン療法、活性化Tリンパ球療法、NK細胞療法、いずれも採血時のお支払いとなります。

採血後に培養の工程に入りますので、途中で治療を中断される場合もご返金はいたしかねますのでご了承くださいませ。

### ■その他

|                              |                                       |        |
|------------------------------|---------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 文書料 | 診療情報提供書、紹介状、保険関係の資料を準備させていただく際に頂戴します。 | 3,240円 |
|------------------------------|---------------------------------------|--------|

### ■お支払方法

|                     |   |
|---------------------|---|
| 現金払い                | 銀行ATMにはお引出し限度額がございます。事前にご確認ください。                |
| カード支払い              | 事前にカード会社にお問合せの上、上限金額の確認をお願いいたします。               |
| お振込 ※アフエーシス(成分採血)のみ | お振込手数料は患者様ご負担になります。アフエーシス2日前の銀行営業日までにお振込いただきます。 |