

別紙

自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による関節治療の費用について

この治療は保険適用外のため、当クリニックにおいて実施される本療法および本治療に必要な検査などの費用は全額自己負担となります。本治療にかかる費用は、以下のとおりです。投与費用には、脂肪採取、自家脂肪由来間葉系幹細胞の培養、輸送、投与、投与後の診察にかかる費用が含まれます。

培養途中の患者様の脂肪由来間葉系幹細胞を凍結保存し、2回目以降の投与に備えることができます。投与日が確定次第、最終培養を行い、自家脂肪由来間葉系幹細胞を調製します。1度の脂肪採取から複数回投与分の自家脂肪由来間葉系幹細胞の調製が可能ですが、患者様の細胞の状態により、十分な培養ができないことがあります。その場合の投与可否については患者さまと協議をさせていただいた上で決定します

- I. 採取した脂肪組織が細胞培養加工施設に到着して以降は、細胞の保管費用がかかります（細胞培養加工施設と契約を締結していただきます）。

項目	費用（税込）
血液検査（初診料含む）	15,000 円
自家脂肪由来間葉系幹細胞投与（0.5-1 億 cells）	990,000 円

※投与回数にかかわらず、1回投与あたりの費用です。

- II. 治療をキャンセルされた場合は、キャンセル費用をいただきます。

項目	費用
脂肪採取予定日の前日まで	なし
脂肪採取後	100 %

※ 2回目以降の投与の場合は、追加採血の日を基準といたします。