

別紙

慢性疼痛に対する自家脂肪由来間葉系幹細胞による治療の料金表

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、診察料、血液検査費用、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。

この治療は、患者様の体格や症状の度合いによって異なりますが、1回あたりの投与を0.5~2億 cells とし、これを1~2ヶ月に1回の頻度で投与し、3回の投与を目安と致します。患者様の状態によっては1回の投与で治療を終える場合もございます。

1億 cells あたり約200mlの血液が培養のたびに必要となる事から投与量については医師と患者様で協議の上決定致します。

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。細胞保管につきましては細胞培養加工施設と患者様の契約となります。細胞培養加工施設との契約書については脂肪採取の日に当院にてお渡しします。契約書の内容に関するご不明点につきましては細胞培養加工施設へご確認をお願い致します。

項目	費用(税込)
自家脂肪由来間葉系幹細胞投与1回*	3,187,250円
細胞保管費用(1か月あたり)	11,000円

*投与回数や cell 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
脂肪採取当日の脂肪採取前まで	なし
脂肪採取後	投与費用の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。