

(別紙)

自家脂肪由来幹細胞を用いた変形性関節症治療による治療の料金について

この治療は保険適用外のため、当院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（料金表に記載の金額）には、問診、診察、血液検査、自家脂肪由来幹細胞の培養、輸送、投与、投与後の診察にかかる費用が含まれます。

尚、治療に関するお支払いにつきましては、都度お支払いいただきます。

金額の詳細につきましては料金表をご確認ください。

治療については同一関節の治療は片側につき0.5億 cellsの単回投与を基本としますが、患部の状態によって医師と患者様で協議の上、医師の判断のもと投与するcell数の変更や複数回の投与を行う場合もございます。

1. 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。また、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。

細胞保管期間については担当医師とご相談ください。

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いたします。

料金表

項目	投与費用（税込）
初診料	5,500円
血液検査料	16,500円
脂肪採取料	550,000円
【片側】自家脂肪由来間葉系幹細胞投与 1回	1,100,000円
【両側】自家脂肪由来間葉系幹細胞投与 1回ずつ計2回投与	2,200,000円
細胞保管費用（1か月あたり）	11,000円

※投与するcell数に関係なく1回あたりの費用です。

- 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。
 尚、投与日につきましては、投与予定日の 14 日前までにお申し出いただく事で
 日程の変更が可能です。
 日程の変更希望については電話、メール、もしくはご来院にて承ります。
 投与予定日の 14 日前を過ぎますと日程の変更は致しかねます。
 また、ご返金も対応できかねます事ご了承ください。

キャンセル費用（脂肪採取のキャンセルに関して）

項目	費用(税込)
脂肪採取時まで	なし

*2 回目以降の脂肪採取を伴わない治療については、追加採血の日を基準とします。

投与日程変更に関するお取り扱い

項目	変更
投与日の 14 日前まで	可能
投与日の 13 日前から当日まで	不可