

自己脂肪組織由来幹細胞を用いた糖尿病の治療の料金表

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、脂肪採取、自己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、細胞保管費用（初回治療から1年間のみ）が含まれます。

また、培養途中の患者さまの自己脂肪由来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。

I. 治療費については以下の通りです。

料金表

項目	費用（税別）
診察料（血液検査も含む）	10,000 円
血液検査料	50,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回*	3,000,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 2 回目以降*	2,000,000 円
細胞保管費用（2 年目以降）	（年間）100,000 円

*医師によるカウンセリングを受け、同意書にご署名いただきましたら、血液検査料と別に予約金として「投与費用」を事前にお支払いいただきます。

- 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、脂肪採取日および自己脂肪由来幹細胞の投与日（以下、投与日）につきましては、日程の変更が可能です。変更に伴う手数料が発生する場合がございます。
- 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。
- 各予定日変更可能期間を過ぎますと日程の変更はいたしかねます。
- 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)
脂肪採取日の 5 営業日前まで	なし
脂肪採取日の 4 営業日前以降	100 %

*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いたします。

脂肪採取日の日程変更に関するお取り扱い

項目	変更
脂肪採取日の 5 営業日前まで	可能
脂肪採取日の 4 営業日前以降	不可

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