

治療名：ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた関節疾患の治療

患者さまへ

この度は、当院のヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた関節疾患の治療にご关心をお持ちいただき、ありがとうございます。

当院でご提供するヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた関節疾患の治療（以下「本治療」）は、患者さまご自身の血液と脂肪組織を使用する再生医療です。

本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の詳細は、以下料金表に記載のとおりです。

投与費用には、ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞の培養、輸送、投与にかかる費用が含まれます。

培養途中の患者さまのヒト自己脂肪組織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、ヒト自己脂肪組織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ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞の調製が可能ですが、患者さま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。

1. 治療の費用について

本療法は保険適用外となるため、当クリニックで実施する治療費は全額自己負担となります。

治療費の詳細は、以下の料金表をご参照ください。

料金表

項目	費用（税込）
診察料	11,000 円
ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞採取及び投与	3,300,000 円
細胞保管費用（年間）	110,000 円

治療費のお支払いについて

- 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、予約金として治療費用全額を事前にお支払いいただきます。
- 血液検査等の結果、本治療をお受けいただけない場合は、それまでに発生した診察料および血液検査料等を除く費用についてご返金をさせていただきます。

細胞保管の契約・費用について

- 細胞の保管をご希望の場合は、当院より特定細胞培養加工物等製造事業者との契約書をお渡しいたします。保管期間につきましては、担当医師とご相談ください。
- 細胞保管に関する契約内容や費用に不明点がございましたら、当院もしくは特定細胞培養加工物等製造事業者へ直接ご確認をお願いいたします。

2. キャンセルポリシーについて

本治療をキャンセルされる場合は、下記のキャンセルポリシーに基づき対応いたします。

なお、日程変更やキャンセルのお申し出につきましては、お電話もしくはご来院にて承ります。

また、スケジュール確定後、2回目以降の日程変更については、別途変更手数料がかかります。

脂肪採取のキャンセルに関するお取り扱い

項目	キャンセル費用
脂肪採取日の 10 日前まで*	なし
脂肪採取日の 9 日前から	治療費の 100%

細胞投与のキャンセルに関するお取り扱い

項目	キャンセル費用
脂肪採取日の 10 日前まで	なし
脂肪採取日の 9 日前から	治療費の 100%