

(別紙)

自己脂肪由来幹細胞を用いた自閉スペクトラム症の治療の料金について

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の詳細は、以下料金表に記載のとおりです。

料金表

項目	費用(税込)
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回 (血液検査, 脂肪採取, 培養, 投与)	4,950,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 3 回 (血液検査, 培養, 投与)	14,850,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 6 回 (血液検査, 培養, 投与)	25,800,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 12 回 (血液検査, 培養, 投与)	55,440,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 18 回 (血液検査, 培養, 投与)	79,200,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 24 回 (血液検査, 培養, 投与)	102,960,000 円

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、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行わない場合は、治療前に行う血液検査の日を基準日といたします。

日程変更に関するお取り扱い

項目	日程変更
脂肪採取日の 5 営業日前まで	可
脂肪採取日の 4 営業日前以降	不可
自己脂肪由来幹細胞投与日の 15 営業日前まで	可
自己脂肪由来幹細胞投与日の 14 営業日前から当日まで	不可