

(別紙)

本治療の料金及びキャンセルポリシーに関するご案内

治療名：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

患者さまへ

この度は、当院の自己脂肪由来幹細胞を用いた治療にご関心をお持ちいただき、ありがとうございます。
当院でご提供する自己脂肪由来幹細胞を用いた治療（以下「本治療」）は、患者さまの脂肪組織とご希望に応じてご自身の血液を使用する再生医療です。
以下では、本治療の治療費、ならびにキャンセルポリシーについてご説明いたします。
患者さまが安心して治療を受けられるよう、丁寧にサポートいたしますので、ぜひご一読いただき、不明点がございましたらお気軽にご相談ください。

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	無料
血液検査料（通常）	16,500 円
血液検査料（特急）	66,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回*	2,200,000 円
細胞保管料	（月額）11,000 円

*細胞数による料金の変更はございません。

治療費のお支払いについて

- ・ 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、治療費を事前にお支払いいただきます。
- ・ 投与費用には、自己脂肪由来幹細胞の採取、培養、輸送、投与および定期検査にかかる費用が含まれます。

細胞の保管について

- ・ 培養途中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可能です。
- ・ 1 度の脂肪採取から複数回分の自己脂肪由来幹細胞を調製できる場合がありますが、細胞の状態によっては十分な培養が行えないこともございます。

その際は、投与の可否について患者さまと協議のうえ決定いたします。

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、以下のキャンセルポリシーは、患者さまの任意によるキャンセルに適用されるものであり、再生医療等安全性確保法に基づく同意の撤回はいつでも可能です。

撤回時に発生する費用は、撤回時点で実際に発生した費用（細胞採取・培養・輸送等の実費）の範囲に限ります。

撤回の手続きはお電話またはご来院にて承ります。

キャンセルポリシー

日数	キャンセル費用	日程変更
脂肪採取日*の 5 営業日前まで	なし	可
脂肪採取日*の 4 営業日前以降	治療費用の 100%	不可
自己脂肪由来幹細胞投与日の 10 営業日前まで	治療費用の 100%	可
自己脂肪由来幹細胞投与日の 9 営業日前以降	治療費用の 100%	不可

*脂肪採取を伴わない場合は血液検査の日を基準といたします。

誠に恐れ入りますが、脂肪採取日（もしくは追加採血日）まで 4 営業日を切った後のキャンセルには対応いたしかねます。

キャンセル費用が『なし』の場合は、事前にお支払いいただいた治療費を全額返金いたします。キャンセル費用が『治療費用の 100%』の場合は、返金はいませんのであらかじめご了承くださいようお願い申し上げます。