

(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：自家培養脂肪由来幹細胞を用いた変形性関節症の治療

### 患者様へ

この度は、当院の自家培養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家培養脂肪由来幹細胞を用いた治療（以下「本治療」）は、患者様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、自家培養脂肪由来幹細胞の培養、輸送、投与にかかる費用が含まれます。

培養途中の患者様の自家培養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。

投与日が確定次第、最終培養を行い、自家培養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培養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様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
血液検査料	66,000 円
脂肪採取料（細胞培養のための採血も含む）	550,000 円
自家培養脂肪由来幹細胞投与（片側 5000 万個プラン）	2,200,000 円
自家培養脂肪由来幹細胞投与（片側 1 億個プラン）	3,300,000 円
自家培養脂肪由来幹細胞投与（両側 1 億個プラン*）	3,300,000 円
自家培養脂肪由来幹細胞投与（両側 2 億個プラン**）	5,500,000 円
細胞保管費用（年間）	110,000 円

\*両側合計で 1 億個自家培養脂肪由来幹細胞を投与します

\*\*両側合計で 2 億個自家培養脂肪由来幹細胞を投与します

### 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。
- ・ 血液検査の結果、本治療をお受けいただけない場合は診察料および血液検査料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

- ・ 細胞保管に関する契約は、特定細胞加工物等製造事業者と患者様の間で直接結んでいただきます。そのため、細胞保管費用は特定細胞加工物等製造事業者へ直接お支払いください。
- ・ 細胞の保管をご希望の場合は、当院より特定細胞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、特定細胞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。

#### キャンセルに関するお取り扱い

項目	キャンセル費用(税込)
脂肪採取日の8日前まで*	なし
脂肪採取日の7日前から	予約金全額

\*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。

#### 日程変更に関するお取り扱い（脂肪採取）

項目	日程変更
脂肪採取日の8日前まで*	可能
脂肪採取日の7日前から	不可

\*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。

#### 日程変更に関するお取り扱い（細胞投与）

項目	日程変更
投与日の15日前まで	可能
投与日の14日前から	不可