

幹細胞治療のご案内

～慢性疼痛に対する自己脂肪組織由来幹細胞を用いた治療～

金額はすべて税込み表示となります。

■初回治療費

1、初診料	■■■■	円
2、術前検査費用	■■■■	円
3、脂肪採取費用	■■■■	円
4、細胞培養加工施設との間の輸送費	■■■■	円
5、培養費	■■■■	円
合計	■■■■	円

■2回目以降の治療費

培養・投与治療 ■■■■ 円

注1. 脂肪組織の採取を行った場合は1～4の費用を当日窓口でお支払いただきます。培養費に関しては1週間以内の入金をお願いいたします。

注2. 培養を開始した時点で培養費は全額発生いたします。

ご本人様のご意向で投与日が決定されない場合、凍結保存期間は365日までとし、保管期間を過ぎると破棄することになります。

注3. ご本人様のご意向で培養日が延期される場合、投与予定日の2営業日前までにご連絡を頂ければ延期限度は最大2日です。ただし、その処理に1日につき■■■■の実費が発生いたします。

注4. 幹細胞治療は、すべて自由診療となります。ご了承下さいませ。

注5. 点滴施行日時は火曜日から土曜日の14時から18時30分までとなります。

ノリス美容クリニック
大阪市天王寺区石ヶ辻町18-21
上六クリニックモール4階
TEL 06-6772-3456