（別紙）

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関節疾患の治療

本治療は保険適用外の自由診療であるため、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等の費用は、全額自己負担となります。
本治療にかかる費用は、以下のとおりです。投与費用には、脂肪採取、自己脂肪由来幹細胞の培養、輸送、投与、および投与後の診察にかかる費用が含まれます。なお、初回診察料および血液検査料は別途必要です。
また、1 回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、培養の過程で得られた細胞を、2 回目以降の投与に備えて凍結保存できる場合があります。ただし、細胞の状態によっては、十分な細胞数が得られない場合や、凍結保存に適さない場合があります。
その場合には、治療実施の可否や今後の対応について、患者様とご相談のうえ、医師が慎重に判断いたします。なお、細胞の凍結保存および管理には別途費用が発生いたしますので、あらかじめご了承ください。

1. 治療費について
   治療費については以下の通りです。

料金表

項目	費用（税別）
診察料	5,000 円
血液検査料（通常便）	10,000 円
血液検査料（特急便）	60,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回（1 箇所）*	2,000,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回（2 箇所）*	3,000,000 円
細胞保管費用	（月額）10,000 円

*細胞数による料金の変更はございません。

*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、血液検査料とは別に「投与費用」を事前にお支払いいただきます。
なお、血液検査や問診の結果、本治療をお受けすることができないと医師が判断した場合には、投与費用を全額返金いたします。
診察料および血液検査料につきましてはご返金対応はいたしかねますことをご了承ください。

2. キャンセルポリシー等について

患者様のご都合により本治療をキャンセルされる場合、脂肪採取日（または追加採血の日）の 4 営業日前以降は、脂肪採取および細胞加工に関する準備、特定細胞加工物等製造事業者との調整、資材確保等が進行しているため、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、医師が本治療を実施できないと判断した場合には、前項の返金規定が適用されます。
日程変更やキャンセルのお申し出は、お電話またはご来院にて承ります。
各予定日の変更可能期間を過ぎた場合、日程変更はいたしかねます。
また、患者様のご都合によるキャンセルの場合には、下記キャンセルポリシーに定めるキャンセル料を申し受け、当該キャンセル料相当額については返金いたしかねますので、あらかじめご了承ください。

キャンセル費用（治療のキャンセルに関して）

項目	費用(税別)
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	投与費用の 100 %

* 2 回目以降の細胞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

脂肪採取日の日程変更に関するお取り扱い

項目	変更
脂肪採取日の 5 営業日前まで	可能
脂肪採取日の 4 営業日前以降	不可

投与日程変更に関するお取り扱い

項目	変更
投与日の 14 日前まで	可能
投与日の 13 日前から当日まで	不可