

～同意書～

- 問診時には必要事項を正確に記載しました。
- プライバシーポリシーについて説明を受け、個人情報保護等に関する事項について理解しました。
- 上記書面の内容を十分に理解し貴院に於ける手術方法の説明を受け疑問点については質問をし、担当医より回答を得た上で、納得して手術を受けることを認めます。
- 健康被害を受けた場合は、加入している保険の補償が受けられる事を理解しました。
- 同意書を交わした後も同意を撤回できる事を理解しました。
- 細胞加工施設に保管している採取した組織や、加工した幹細胞は治療後6か月を経過した後は、こちらから申し出がない場合は破棄処分してもよい事に同意します。
- 施術費用を以下の記載通りに支払います。
1. カウンセリング費用 10,000円
 2. 術前検査 30,000円
 3. 脂肪採取 100,000円
 4. 幹細胞治療 1,000,000円/回
 5. 治療後定期検査 30,000円/回
- ※1. 2. 3. 5. についてはその都度窓口にてお支払い願います。
- ※4. 全額前払い

幹細胞治療のキャンセルについて以下の通りとなります。

培養開始～7日目	100,000円
8日目～14日目	300,000円

16日目～22日目 500,000円

23日目～投与当日 全額

手術、麻酔予定日：

西暦 年 月 日

私は、同説明書により説明を受け、治療に同意したとして署名いたします。

西暦 年 月 日

住所 _____

署名 _____

電話番号（携帯電話） _____

代諾者 氏名 _____（続柄） _____

上記署名者に対して手術、麻酔、検査に関する説明をいたしました。

西暦 年 月 日

担当医師名 _____

同意撤回書

医療法人社団医進会 小田クリニック 院長 殿

この度、私は再生医療「自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療」への同意をしましたことを撤回致します。

平成 年 月 日

患者氏名

住所

氏名署名

同意撤回の意思を確認いたしました。

平成 年 月 日

再生医療提供責任者 小田クリニック

担当医氏名署名

幹細胞治療費

幹細胞治療にかかる費用は以下の通りです。(税込み)

1. カウンセリング費用 10,000 円
2. 術前検査 30,000 円
3. 脂肪採取 100,000 円
4. 幹細胞治療 1,000,000 円/回
5. 治療後定期検査 30,000 円/回

※1. 2. 3. 5. についてはその都度窓口にてお支払い願います。

※4. 全額前払い

支払方法は現金、振込、クレジットカードをご利用ください。

キャンセルについて以下の通りとなります。

培養期間	費用
培養開始～7日目	100,000 円
8日目～14日目	300,000 円
16日目～22日目	500,000 円
23日目～	700,000 円
投与当日	全額