

11. 治療にかかる費用について

この治療は、公的保険の対象ではありませんので、当院の所定の施術料をお支払いいただきます。治療にかかる費用につきましては以下の表をご参照ください。ご不明な点は医師・スタッフにお尋ねください。なお、1回の施術あたりの費用は、患部の状態を確認した医師の判断等により変更となる場合がございます。

ひざ関節 肩関節 手関節	1 部位 (片側)	770,000 円 (税込)
	2 部位 (両側)	1,100,000 円 (税込)
股関節 足関節	1 部位 (片側)	1,100,000 円 (税込)

※施術料には以下が含まれます。

- ・脂肪組織の採取にかかる費用
- ・ASC 培養および投与にかかる費用

(施術前後のレントゲン撮影検査、MRI検査等は別途料金がかかります。また、本治療における診察料・投薬料などを別途お支払いいただく場合がございます。)

製造した自家 ASC は細胞培養加工施設で一時保存され、本治療に使用の際に当院へ輸送されます。自家 ASC 製造のための脂肪採取から1年を経過後に治療継続をご希望される場合、継続にかかる費用を別途 59,400 円 (税込) ご負担いただきます。詳しくは、医師・スタッフまでお尋ねください。

12. 治療を受けることを拒否することについて

この治療を受けるか拒否するかは、ご自身の自由な意思でお決めください。説明を受けた後に同意されない場合でも、一切不利益を受けることはありません。また同様に、治療を受けることに同意した場合であっても、投与までの間でしつらいつでも取りやめることができます。この場合でも、一切不利益を受けません。ただし、治療を行った後は、健康管理のために必要に応じて適切な検査を受けていただき、医学的に問題がないかを確認させていただきます。

13. 個人情報保護について

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、当院には、個人情報保護規程があります。この規程に基づき、患者さまの氏名や病気のことなどの個人のプライバシーに関する秘密は固く守られ、患者さまに関する身体の状態や記録など、プライバシーの保護に充分配慮いたします。

本治療による成果については、今後の治療に役立てるため、医学に関する学会、研究会などでの発表、論文などでの報告をさせていただくことがあります。その際には規程に基づき、患者さま個人を特定できる内容が使われることはありません。

14. 診療記録の保管について

本治療の診療記録は、法律の定めに従い最終診療日より原則 10 年間保管いたします。

15. 試料等の保管および廃棄の方法について

治療に適した量のみの自家 ASC を製造するため、患者さまから採取した脂肪組織や製造した自家 ASC が投与後にわずかに残っていても、当院および製造委託先の規定にそって廃棄し、保管はいたしません。

16. その他

- ・当院はチームで医療を行っております。担当医の他に医師、看護師など複数の医療スタッフが必要な処置を担当する事がありますのであらかじめご了承ください。
- ・当院では、自家 ASC 治療を受けられたすべての患者さまに、術前術後の診察時に施術部位の撮影を行っております。ご協力をお願いいたします。
- ・治療の開始後に、本治療に関する副作用などに関する情報が得られた場合は、速やかに患者さまへお知らせいたします。また、引き続き治療を続けるかどうかについて患者さまの意思確認を行います。
- ・患者さまから取得した試料等（患者さまご自身から得られた脂肪組織および再生医療等に用いる情報）は、治療に必要な試料等以外は廃棄するため、他の目的に使用することはありません。
- ・患者さまから得られた細胞を用いて治療を行うにあたり、治療の経緯において偶然であっても、患者さまの健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等が明らかになることはありません。

17. お問い合わせ先（再生医療等担当窓口）

当院では安心して本治療を受けることができるよう、健康被害が疑われるご相談およびお問い合わせ等に対して再生医療担当窓口を設置しております。ご相談には、迅速に対応いたします。この治療の内容について分からないことや、疑問、質問、もう一度聞きたいこと、さらに詳しく知りたい情報などがありましたら、遠慮せずにいつでもお尋ねください。治療が終わった後でも、わからないことがあればお答えいたします。

医療法人 弘仁会 板倉病院

担当医： @REQUESTNAME

連絡先： 千葉県船橋市本町 2-10-1

047-431-2662（再生医療等担当まで）

同意書



自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による変形性関節症治療

《 説明事項 》

はじめに

1. ASC 治療とは
2. 組織を修復するために必要なもの
3. 治療の目的
4. 治療の理論
5. 治療の長所・メリット
6. 治療の短所・デメリット
7. 治療を受けるための条件
8. 治療の方法
9. 治療後の注意点
10. 他の治療法との比較
11. 治療にかかる費用について
12. 治療を受けることを拒否することについて
13. 個人情報保護について
14. 診療記録の保管について
15. 試料等の保管および廃棄の方法について
16. その他
17. お問い合わせ先（再生医療等担当窓口）

私は、自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による変形性関節症治療について上記の事項について十分な説明を受け、内容等を理解しましたので、治療を受けることに同意します。

年 月 日

患者さま署名

病院記入欄

@PATIENTNAME 様の、自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による

変形性関節症治療について上記説明を行いました。

@SYSDATE

医療法人 弘仁会 板倉病院

担当医署名 _____ @REQUESTNAME ㊞

患者さま記入欄



同意撤回書

自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による変形性関節症治療

私は、自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の投与による変形性関節症治療について十分な説明を受け、本治療の内容等を理解し、治療を受けることに同意しましたが、その同意を撤回いたします。

年 月 日

患者さま署名

病院記入欄

様の、自家脂肪組織由来幹細胞（ASC）の
投与による変形性関節症治療について、同意撤回を受諾しました。

医療法人 弘仁会 板倉病院

担当医署名

印