

(別紙)

慢性疼痛に対する自己脂肪由来幹細胞による治療の料金について

本治療は保険適用外ですので、治療にかかる費用全額をご自分でご負担いただきます。
その他、本治療を受けるために必要となった旅費、交通費などの全ての費用もご自分でご負担いただきます。
同意を撤回された場合は、当院のキャンセルに関する規定に沿って費用をご負担いただきますのでご了承ください。日本国外在住の方は、治療費用やキャンセルに関する当院の規定が異なることがあります。担当医師が詳細を説明しますので必ず説明を受けてください。

料金表（日本国内在住の患者さま）

項目	費用（税別）
血液検査費用	15,000 円
自己脂肪由来幹細胞投与 1 回分*	3,000,000 円
細胞保管費用	月額 10,000 円

*上記には、脂肪採取・自己脂肪由来幹細胞の培養及び輸送・投与（投与細胞数にかかわらず）・投与後の診察にかかる費用が含まれます。

I. キャンセルに関する当院の規定について

- 血液検査のための採血と同時にご契約された方は、検査結果にて感染症陽性となった場合には、検査代を除く費用を全額返金いたします。
- 血液検査結果で感染症陰性で、他の疾病の治療が最優先と医師に判断された場合には、治療後に自己脂肪幹細胞治療の開始となり、ご返金できません。
- ご契約後、患者さまのご都合によりキャンセルされる場合は、ご返金できません
- 初回の感染症チェック以降に感染症となった場合のキャンセルはご返金できません

II. 投与日の日程変更に関する当院の規定について

投与日につきましては、投与予定日の 10 営業日前までにお申し出いただく事で日程の変更が可能です。日程の変更希望については電話、メール、もしくはご来院にて承ります。
投与予定日の 10 営業日前を過ぎますと日程の変更はいたしかねます。
また、ご返金も対応できかねます事ご了承ください。

投与日の日程変更に関するお取り扱い

項目	変更
投与日の 10 営業日前まで	可能
投与日の 9 営業日前から*	不可