

## 料 金 表

表示価格はすべて税込み

本治療は保険外治療（自由診療）です。

■面談 11,000 円 /回（30 分以内）※面談開始 30 分以降 10 分ごとに、1,100 円の延長料金がかかります。

### ■ANK 療法治療費

#### ①治療設計および培養

| 細胞採取方法・治療回数       | 治療費          |
|-------------------|--------------|
| 採取型 12 回分（1 クール）  | 4,300,000 円  |
| 採取型 6 回分（1/2 クール） | 2,150,000 円  |
| 採取型 4 回分          | 1,440,000 円  |
| 採血型 1 回分～         | 448,800 円×回数 |

※採取・採血後、直ちに細胞培養センターへ運び、培養を開始しますので、費用の支払いは採取・採血前までに全額一括でお願いいたします。

※リンパ球の培養は全治療回数分を一括して行ない、その後、細胞培養センターにおいて凍結保存します。また、培養器具および、培養したリンパ球は他の人に使用できないため、培養開始後の返金はできかねますことをご了承ください。

※CTL の培養費用はいただいておりません。CTL 療法は、採取型 12 回分を申し込まれた患者様が対象となり、患者様のがん細胞をご提供いただくことが必須となります。なお、手術当日、検体（腫瘍細胞）を搬送する場合は⑤の費用がかかります。

※腫瘍マーカーなどの血液検査や分子標的薬剤費などが別途かかる場合があります。必要な場合は治療過程で医師よりご説明させていただきます。

#### ②点滴費用 16,500 円 /回

※1 クールは、標準 12 回の点滴となります。1 回分の点滴を分割して行う場合があります。

※治療用リンパ球搬送費用はいただいておりません。

#### ③細胞分割費用

1 回分の点滴を分割する費用です。分割毎に費用がかかります。

| 分割    | 費用        |
|-------|-----------|
| 1/2 量 | 70,000 円  |
| 1/4 量 | 200,000 円 |
| 1/8 量 | 440,000 円 |

※分割した細胞をまとめる費用は無料です。

※分割お申し込み後のキャンセルおよび返金はできません。

#### ④再培養費用

治療中止や変更により治療用リンパ球の再培養を希望される際にかかる費用です。

治療日の 6 日前よりかかります。お申し込み後のキャンセルおよび返金はできません。

| 治療量         | 治療日の 6 日前、5 日前 | 治療日の 4 日前以降 |
|-------------|----------------|-------------|
| 1 回分        | 16,500 円       | 264,000 円   |
| 1/2 量、1/4 量 |                | 188,100 円   |
| 1/8 量       |                | 137,500 円   |

⑤腫瘍用輸送溶液      77,000 円 /ボトル

※手術当日、腫瘍細胞を搬送する場合、細胞輸送に使う溶液です。

※お申し込み後のキャンセルおよび返金はありません。

## ■リンパ球採取費用

●リンパ球採取      275,000 円

●採取リンパ球搬送      27,500 円

※採取日までに指定口座にお振り込みください。

※採取リンパ球は同日中に、東洞院クリニック細胞培養センターまで搬送する必要があります。

リンパ球バンクが搬送代行（有料）を承ります。ご家族様が搬送を希望される場合はご相談ください。

●採血から培養する場合

培養用採血      13,750 円

※他院で採血される場合は、その医療機関の料金に準じます。

### 血液輸送溶液費用

※お申し込み後の返金はありません。

| 液量    | 金額       |
|-------|----------|
| 200ml | 53,000 円 |
| 100ml | 33,000 円 |
| 50ml  | 26,500 円 |

## ■保管費用

採取・採血により培養した治療用リンパ球毎に、初回出荷可能日の翌月から 6 ヶ月以内は無償です。

7 ヶ月以降も保管する場合は保管費用を請求させていただきます。

●初回出荷可能日の 7 ヶ月以降 2 年 6 ヶ月      11,000 円 /月

●上記期間終了後、最長 7 年間      1,386,000 円 /年

※専用タンクにて保管となり、年単位にて請求させていただきます。

### 【問い合わせ先】

医療法人松樹会 松本クリニック TEL：072-970-6421

※お問い合わせの際は必ず患者さんのお名前がわかるようにお願いします。