

版番号	Ver. 1.1
作成日	2026 年 7 月 21 日

「自己免疫疾患に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」 を受ける方への事前説明書

【はじめに】

この文書は、この臨床治療（以降は本治療）を受ける事を決めていただくために作成されたものです。本治療を受けるかどうかはあなたの意思により決定するものであり、強制されるものではありません。また、一度同意をされてもいつでも取り消すこともできます。治療を受けない場合でも、決して不利益を受けることはありません。この文書をお読みいただき、十分な説明をお受けになり、正確に理解した上でご判断ください。

（１）「自己免疫疾患に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」の目的と内容

一般的に、臓器および組織機能の再建をするための医療技術を総合して「再生医療」といいます。過去から医療現場で行われている臓器移植も「再生医療」となりますが、近年、骨髄、臍帯血、脂肪組織等の中にごく僅か存在する幹細胞を患者さんの体内に補充する医療が注目を浴びております。脂肪組織由来幹細胞を用いた再生医療は、将来的には失った臓器、組織を修復することが目的となる可能性がある医療技術です。

現在、各治療機関では各種臓器の発生過程で幹細胞を用いて再生させることにより、組織および臓器の再生ができるように治療が進んでおります。また、安全性という面でも細胞を治療用用途で用いる際の製造に関するガイドラインも整備が進められており、21 世紀の革新的な医療と位置付けられており、国家プロジェクトとしても重点がおかれている医学分野です。

幹細胞には下記の 3 種類があります。

- ① ヒト体性幹細胞：今回の脂肪組織由来間葉系幹細胞はここに分類されます
- ② ヒト胚性幹細胞：E S 細胞
- ③ ヒト人工多能性幹細胞：i P S 細胞

現在、各治療機関で幹細胞を用いて、組織および臓器の再生ができるように治療が進んでおります。

2001 年、Zuk という学者が脂肪組織に幹細胞が存在することを報告しました。脂肪は低侵襲で比較的簡単に採取可能であることが特徴です。脂肪から採取される細胞分画には、脂肪細胞、軟骨細胞、骨芽細胞や筋芽細胞など間葉系細胞だけでなく、上皮細胞や神経細胞、血管内皮細胞、さらには血球系細胞や肝細胞にも分化する幹細胞が含まれることが明らかになっています。現在、海外や我が国でも培養脂肪由来幹細胞を治療に用いる治療が進行しています。2010 年頃より海外では、ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた臨床研究が進められており、自己免疫疾患を対象に臨床治療（以降は本治療）を行うものです。

当院で実施される自己の「ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」は、間葉系幹細胞の特性として、

- 1) 傷害組織へのホーミング(目的の方向に細胞が遊走する)作用を有する。
- 2) 傷害組織部位で成長因子などのサイトカイン(免疫細胞から生産される様々な働きを持つタンパク質、いろいろなホルモン様作用を有する液状物質)を分泌するという点に着目して、既存治療法で有効性に乏しく他の治療手段が確立されていない難治性疾患のうち、自己免疫疾患の治療効果を本治療前の症状に比較した改善度により評価することを目的とします。

本治療では、同意を得た患者さんの自己脂肪組織よりタカラバイオ株式会社 遺伝子・細胞プロセッシングセンター（以下、タカラバイオ株式会社細胞培養加工施設）又はグランソール奈良細胞培養加工施設およびグランソール奈良第二細胞培養加工施設（以下、グランソール奈良細胞培養加工施設）で培養された自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を医療法人社団 恵仁会なぎ辻病院（以降はなぎ辻病院）において、自己に経静脈投与し、病状、生理検査、画像検査などにより、治療効果を評価します。

治療に対する効果（予想される臨床上的利益）：本治療は2017年4月よりアメリカFDAの承認の上、治験として実施されています。マウスを用いた動物実験で症状改善の報告（kim et al 2012）がされていますが、人体に対する改善効果は確立されていないことをご理解下さい。

目的：

1. 自己免疫疾患の炎症を抑制し、症状を改善する
2. 免疫系の調節機能を回復させる
3. 損傷した組織の修復・再生を促進する

内容：

1. 御自身の脂肪組織から間葉系幹細胞を採取
2. 採取した細胞を無血清培地で培養・増殖
3. 品質管理試験を経て、安全性を確認
4. 培養した幹細胞を点滴で体内に投与

適応となる可能性のある疾患：

関節リウマチ、全身性エリテマトーデス（SLE）、多発性硬化症、クローン病、潰瘍性大腸炎、Ⅰ型糖尿病などの自己免疫疾患で、従来の治療で十分な効果が得られない患者さんに新たな選択肢を提供するものです。

参考) ホーミング作用のメカニズム

1. **血流を通じた移動:**

- 点滴投与により、幹細胞は血管を通じて全身に分布します。この過程で、幹細胞は血流に乗って体内の様々な部位に到達します。

2. **損傷部位への集積:**

- 幹細胞は、炎症や損傷がある部位に特に集まりやすい性質があります。これは、損傷部位で分泌される特定の化学物質やサイトカインに引き寄せられるためです。

3. **再生・修復の促進:**

- 損傷部位に集まった幹細胞は、そこで組織の修復や再生を促進する因子を分泌し、回復を助けます。

期待される効果

1. **広範な適用:**

- 点滴投与によって、脳、肺、肝臓、心臓などの様々な臓器に幹細胞が作用することが期待されます。これにより、脳梗塞や自己免疫疾患、虚血性心疾患などに対する治療効果が報告されています。

2. **直接投与の限界を克服:**

- 通常の直接投与では到達が難しい部位にも、点滴を通じて幹細胞が作用することが可能になります。

(2) 本治療を行うにあたっての利益、不利益について

1) 利益について

脂肪組織由来間葉系幹細胞は本人の細胞を無血清培地で培養したものであるため拒絶反応は生じません。また遺伝子操作を加えていないため癌化することもあります。約30分の点滴投与にて治療を行います。

1. **自己の細胞を使用:**

- ご自身の脂肪組織由来の幹細胞を使用するため、拒絶反応のリスクが低く、安全性が高い。

2. **低侵襲性:**

- 点滴による投与方法で、身体への負担が少なく、入院の必要はありません。

3. **症状の改善:**

- 炎症の軽減や組織の修復を促進し、自己免疫疾患に伴う症状の改善が期待されます。

4. **治療の選択肢:**

- 従来の治療法で効果が不十分な場合に、新たな治療選択肢を提供します。

5. **副作用が少ない:**

- 一般的に副作用が少なく、患者さんの生活の質を維持しやすい。

2) 脂肪組織由来間葉系幹細胞で期待される治療効果について

脂肪組織由来間葉系幹細胞には次の働きが認められています

期待される効果：

1. 炎症の軽減
2. 免疫系の正常化
3. 組織ダメージの修復
4. 症状の緩和や疾患進行の抑制

特徴：

1. 自己の細胞を使用するため、拒絶反応のリスクが低い
2. 低侵襲な治療法（点滴投与）
3. 動物由来成分を使用しないため、感染症リスクが低い
4. 既存の治療法と併用可能

血流を改善する働きがあります（血管新生、血管修復をすることが確認されています）。こうした働きから障害された部分を修復することが期待されています。つまり、病気の進行を抑え、自己免疫機能を元の状態に戻す働きが期待されています。

治療法の比較

自己免疫疾患に対する治療法

	副腎皮質ステロイド薬を用いた治療	免疫抑制薬を用いた治療	自己脂肪由来間葉系幹細胞治療（当該治療）
効果	抗炎症作用・免疫抑制作用	免疫抑制作用	炎症の軽減・免疫系の正常化・組織ダメージの修復・症状の緩和や疾患進行抑制
副作用（不利益）	消化管潰瘍・糖尿病・骨粗鬆症・感染症等	消化器症状・腎機能障害・肝機能障害・汎血球減少・感染症等	脂肪組織採取のため、身体に傷を付けることになる
品質	医薬品として承認	医薬品として承認	自己の脂肪組織を用いて製造を行うため、症例ごとに細胞数、細胞生存率を確認する
アレルギー反応	可能性あり	可能性あり	自己の脂肪組織を用いるため、極めて低いと考える

3) 不利益について

(5) 安全性および予想される合併症、有害事象及びその対応に記載されている通り、予測される事象として、皮下血腫（程度により腹部皮膚の色素沈着）（1～5％）、創部からの出血（1～2％程度）、創部の疼痛・腫脹（2～3％）、培養細胞投与後に起こり得る合併症としてアナフィラキシー反応（急性アレルギー反応による冷汗、吐気、嘔吐、腹痛、呼吸困難、血圧低下、ショック状態など）（1％以下）の可能性があります。

他の治療法と比較した不利益

他の治療法と比較した不利益

1. 身体への侵襲：一般的な治療は薬物治療ですが、当該治療はご自身の脂肪組織を用いた治療となるため、身体に脂肪組織切除後の傷が残る等の負担が生じます。
2. 治療の開始：採取した脂肪組織から培養を行うため、一般的な治療に比べ開始までに時間を要します。
3. 治療を行う場所：当該治療は申請を行った医療機関でのみ治療が可能となります。遠方から治療を希望される場合も、必ず当院までお越しいただく必要がございます。
4. 治療の費用：当該治療は全て自費での治療となります。健康保険証の使用は出来ないため、高額療養費の対象とはなりません。

(3) 実施方法

本治療は、1) 血液検査→2) 脂肪組織→3) 術後処置・抜糸→4) 脂肪組織由来間葉系幹細胞の培養、5) 脂肪組織由来間葉系幹細胞の投与という流れで行われます。以下にそれぞれを説明します。

1) 血液検査について

初回来院時に採取した血液を用いて血液・生化学検査とウイルス・細菌検査を行います。ウイルス・細菌検査は以下の8項目について行います。

- ①HIV（抗原抗体法）
- ②HCV 抗体（CLIA 法）
- ③HB s 抗原（CLIA 法）
- ④HB e 抗原（CLIA 法）
- ⑤HTLV-I 抗体（CLEIA 法）
- ⑥梅毒（RPR 法）
- ⑦梅毒（TPHA 法）
- ⑧マイコプラズマ（PA 法）

「基準値以上の結果が出た場合の追加検査」

②の場合－⑪HCV-RNA 定量 TaqManPCR（またはHCV コア抗原）

⑤の場合－⑫HTLV-1 プロウイルス DNA 定性

⑧の場合－⑬マイコプラズマ・ニューモニエ核酸同定

血液検査結果の判定には、約 1 週間の時間が必要です。検査で本治療の実施が不可能と判定された場合には、本人又は代諾者のみに通知し、来院頂き説明申し上げます。なお、この血液は保存し、本治療の実施が決まった際に諸検査を行わせていただくことがあります。実施が不可能と判断された方の血液は、2 週間の保管後廃棄とします。

2) -1 脂肪組織採取

ご本人の腹部あるいは臀部、その他に脂肪の採取が可能な部位を本治療担当医とで相談のうえ決定し、局所麻酔下（エピネフリン添加リドカインを使用）に小切開（3～4cm）を加えて採取する。麻酔薬に対する過敏反応や有害事象が認められた場合には施術を中止する。

脂肪組織はγ線滅菌した 50cc 容器（細胞培養加工施設より提供）に抗生剤入りのラクトック溶液を入れて、ブロックで採取した脂肪組織 5g～10g を 2 個に分けて更に細切片に分け容器内に入れ、特定細胞加工物製造許可を得た施設で特定細胞加工物の製造がおこなわれます。尚、幹細胞培養が不十分であった場合には、再度脂肪組織採取が必要となる場合があります。

2) -2 血液の採取

培養の結果、細胞の増殖不良等が認められた場合は、採血を依頼する場合があります。最大 30ml（真空採血管にて）の一般的な採血と同じです

3) 術後処置・抜糸について

手術の約 1 週間後に脂肪組織採取部位の処置のため来院していただくことがあります。脂肪組織採取部位は、埋没縫合（創部の中に埋め込むよう縫合し、糸は体内で自然に溶けて無くなります）を行いますので原則として抜糸は行いません。

4) 脂肪組織由来間葉系幹細胞の培養

採取した脂肪組織からの脂肪組織由来間葉系幹細胞の培養は、タカラバイオ株式会社細胞培養加工施設又は、グランソール奈良細胞培養加工施設にて行います。細胞調製室および細胞調製施設は、他の患者さん由来の細胞や外来微生物の混入が起きないように厳重に管理されており、更に治療細胞の品質は、培養終了後に品質試験を行う事により問題が無いことを確認しておりますので、投与する培養細胞は、厳密に管理された状態で培養製造・取扱い、保管、管理されております。また、培養実施時にヒトAB血清剤を用いる場合があります。滅菌作業を行っており、感染のリスクは限りなく低いですが未知のウイルス等可能性が無くなるわけではありません。

タカラバイオ株式会社細胞培養加工施設又は、グランソール奈良細胞培養加工施設での細胞調製の責任体制は、実施責任者であるなご辻病院院長の指示・監督のもと、タカラバイオ株式会社又は、グランソール奈良が細胞調製を行います。タカラバイオ株式会社又は、グランソール奈良は製造・品質に関する情報を本治療担当医師に提供し、出荷判定を実施する

ことで、細胞調製施設としての責任を担います。その後、本治療担当医師は細胞調製施設からの情報を基に投与可否決定を行います。尚、細胞培養の一部原材料において、生物由来原料を使用いたしますが、医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準を遵守して製造され、複数の臨床試験で使用実績があるものを使用しております。

5) 脂肪組織由来間葉系幹細胞の投与及び評価

培養した自己脂肪組織由来間葉系幹細胞をなぎ辻病院において、同意を得た自己に経静脈にて原則3回、3週間から4週間毎に投与します。細胞投与時には十分な攪拌と輸血用点滴セットを使用し、投与中15分間隔の観察をします。3回投与以降、継続して投与が必要と判断した場合は、ご本人の状態を鑑みて、担当医師及びご本人（若しくは代諾者の方）の同意の上、継続して投与を行います。

細胞投与終了後、有害事象と治療効果を細胞投与前と比較するため、経時的（細胞最終投与、6ヶ月後、1年後）に変化を経過観察します。（1回目～2回目の投与中に、同意撤回や、その他の理由で治療が中止となった場合でも、培養細胞最終投与より前述の間隔で慎重に経過観察をさせていただきます。）評価は、身体所見及び生体検査、画像所見（MRI・PET等）にて行います。治験のように、投与群、非投与群を比較するのではなく、同一人での症状改善度を細胞投与前と比較して、細胞最終投与前原則2ヶ月後に評価し、有効性が少ない場合の追加投与に関しては、担当医とご本人或いは代諾者の方との協議の上、決定するものとします。

（4）治療対象者がインフォームド・コンセントを受けるに当たっての説明事項

1) 本治療の対象者について

年齢は18歳以上の方が対象で、20歳未満の場合には、保護者の十分な理解と同意を得た場合のみ治療対象となります。年齢の上限は設けておりませんが、85歳以上の方には、状態を鑑みて治療の可否を判断いたします。性別は問いません。

- ・18歳～20歳未満 ご本人及び保護者の同意を得られる方
- ・20歳以上 ご本人又は代諾者の方の同意を得れる方

2) 本治療への参加は任意であること

本治療への同意は、あなたの自由意思で決定してください。決して強制いたしません。自由なお気持ちでご判断下さい。

3) 本治療への参加に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと

本治療に同意されなくても、あなたの治療に差し支えることは全くありません。また、何らかの不利益を受けることもありません。

4) 治療対象者は、自らが与えたインフォームド・コンセントについて、いつでも不利益を受けることなく文書により撤回すること

一旦、治療に同意された場合でも、いつでも同意を撤回することができます。その場合においても、あなたが不利益を受けることは一切ありません。

5) 治療対象者による同意が撤回された場合には、治療を中止すること

ただし、同意の撤回により投与しないこととなった細胞については、同意撤回時にあなたの同意が得られれば、個人が特定されないように仮名加工化した上で、研究目的に使用させていただく場合があります。

6) 治療対象者等に選ばれた理由

① 本臨床治療の対象疾患：

自己免疫疾患の治療を必要とする患者さん。

② 除外基準：

以下の基準に該当する方は本治療の対象から除外する。

- ・ 本治療に必要な脂肪量が得られない者
- ・ 妊娠中の方
- ・ 透析中の患者さん
- ・ 本治療担当医師が、患者さんの倫理的、科学的、安全性の観点から治療への参加が不適切と判断した方

③ 治療組入れ基準

治療担当医が適切と判断した場合は、治療対象とする。

次に掲げる既往歴を確認するとともに、輸血又は移植を受けた経験の有無等から、適格性の判断を行います。ただし、適格性の判断時に確認できなかった既往歴について後日確認可能となった場合は、再確認することとします。

- (ア) 梅毒トレポネーマ、淋菌、結核菌等の細菌及びウイルスによる感染症
- (イ) 敗血症及びその疑い
- (ウ) 悪性腫瘍
- (エ) 重篤な代謝内分泌疾患
- (オ) 重篤な血液疾患
- (カ) 肝疾患
- (キ) 伝達性海綿状脳症及びその疑い
- (ク) 特定の遺伝性疾患及び当該疾患に係る家族歴
- (ケ) 肺塞栓症

(5) 安全性および予想される合併症、有害事象及びその対応

今回実施を行います本治療において安全性および可能性のある合併症、有害事象について説明をいたします。

1) 脂肪組織採取時に関連した合併症および有害事象

稀ではありますが、脂肪組織の採取後に、術後感染、肥厚性瘢痕等の合併症を引き起こすことがあります。当院で予防措置を施しますので、来院して下さい。

その他、予想される合併症および有害事象とその頻度は次のとおり

- ・皮下血腫（程度により腹部皮膚の色素沈着）（1～5%）
- ・創部からの出血（1～2%程度）
- ・創部の疼痛・腫脹（はれ）（2～3%）

2) 培養細胞投与後に起こり得る合併症

アナフィラキシー反応（急性アレルギー反応による冷汗、吐気、嘔吐、腹痛、呼吸困難、血圧低下、ショック状態など）（1%以下）

3) 合併症および有害事象等の対処

梗塞性病変予防のため、投与直前と翌日に抗血小板剤(バイアスピリン)を1錠ずつ内服して頂きます。本治療が原因と考えられる何らかの健康被害が発生した場合は、すぐに担当医師に連絡して下さい。また、本治療に伴う合併症により入院が長期化した場合の治療費については、本治療の場合、国が定めた医薬品副作用被害救済制度の適応にはならないため、本治療との関連性も含めて、患者さんに不利益とならないよう慎重に『当院』とで協議しその対応を決定いたします。当院は責任賠償保険に加入しており、その範囲内にて、早急に適切な治療を行い、健康被害に対する補償を行います。

（6）個人情報保護について

本治療に参加していただいた患者さんについては仮名加工情報化を行い、データの解析は仮名加工化したデータで行います。対応表はエクセルで作成し、暗号化して保管し、さらに暗号化したUSBなどの電子媒体に移し、これを鍵のついた金庫等で厳重に管理します。患者さん個人に関する情報（氏名など）が外部に公表されることは一切なく、プライバシーは秘匿されます。本治療はヘルシンキ宣言に基づく倫理原則と疫学研究の倫理指針を遵守して実施します。本治療に協力頂く患者さんには、自己脂肪組織由来間葉系幹細胞の自己への投与により治療効果と有害事象の評価結果についての情報を得ることができます。

（7）成果の公表

あなたの協力によって得られた治療の成果は、患者さんやその家族の氏名などの個人を特定できる情報は一切明らかにされないようにした上で、なぎ辻病院及びタカラバイオ株式会社又は、グランソール奈良が学会発表や学術雑誌等にて公に発表することがあります。

（8）資料・試料の保存及び使用・廃棄方法

収集した資料については、実施責任者が責任を持って管理・保存します。また、本治療の実施中、採取した試料は原則として本治療のためにのみ使用します。ただし、あなたの同意が得られれば、調整した細胞などは、個人が特定されないように仮名加工化した上で、将来

の研究・治療目的に使用させていただくことがあります。5年経過後、ご本人或いは代諾者の方の同意を得て廃棄を行う。

（９）費用負担に関する事項

本治療に関わる資料・試料の提供については、無償となりますことにつきまして、ご了承ください。本治療での術前感染症検査、脂肪採取、採血及び治療などはなぎ辻病院で実施し、細胞培養はタカラバイオ株式会社又は、グランソール奈良で行われます。本治療に必要な細胞培養に関わる費用及び、術前感染症検査、脂肪採取、採血などの保険診療外で発生する費用等（別紙料金表参照）、その他 PET、MRI など必要な検査費用は自己負担となります。

（１０）特許権・著作権に関する事項

この治療で新しい知見が得られた場合は、タカラバイオ株式会社又は、グランソール奈良となぎ辻病院が双方検討し合意のうえ、日本での特許申請を行うものと致します。

（１１）実施計画は特定認定再生医療等委員会の承認を得ていること

本治療の実施計画は医療法人財団康生会武田病院特定認定再生医療等委員会にて検討を行い、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき、厚生労働大臣に「再生医療等提供計画」を提出しています。

（１２）本治療を担当する医師の氏名・連絡先

本治療についてわからないことがあるなど、さらに詳しい説明を求められる際はいつでも責任医師や担当医師にご相談ください。より適切にお答えいたします。

実施責任者

大山 貴之 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 院長

本治療担当医師

小森 直之 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 理事長

大山 貴之 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 院長

小道 広隆 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 常勤医師

重松 一生 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 非常勤医師（神経内科担当医）

（１３）問い合わせ、苦情等の窓口の連絡先等の情報

本治療における相談・苦情などのお問い合わせは、医療法人社団恵仁会なぎ辻病院総務部にてお受けしております。

平日・日中（9時～17時）

- ・医療法人社団恵仁会なぎ辻病院 総務部 藤野・中牧
- ・電話番号：050-3091-1131

(14) 研究資料の入手又は閲覧希望の方

研究計画書など、研究資料を閲覧希望の方は下記の連絡先へご連絡下さい。

平日・日中（9時～17時）

- ・医療法人社団恵仁会なぎ辻病院 総務部 藤野・中牧
- ・電話番号：050-3091-1131

(15) 実施機関及び管理者

実施医療機関：医療法人社団恵仁会なぎ辻病院

管理者：院長 大山 貴之

(16) この再生医療提供計画を審査した委員会

医療法人財団康生会武田病院特定認定再生医療等委員会事務局

医療法人財団康生会武田病院総務部

- ・電話番号：075-361-1355

以上の説明を十分にご理解いただけましたでしょうか。十分な説明を受けた上で、ご理解をいただき、本治療を、受けたいとご判断していただけたら、「同意書」にご本人又は代諾者の方、18歳以上20歳未満の方はご本人及び保護者の方のご署名と日付をご記入ください。

同意書

医療法人社団 恵仁会
な ぎ 辻 病 院
院長 大山 貴之 殿

私は、「動脈硬化症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、当該再生医療等を受けることにより得られる利益、不利益について承諾し、治療費用・脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意します。

尚、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療の為に、用いられることに同意します。

また、5年経過後、検体を破棄することに同意いたします。ただし、将来の研究・治療の為に用いられる場合はその限りではありません。

同意日： 年 月 日

氏名(自筆署名)： (本人)

住所：

連絡先：

代諾者名(自筆署名)： ()

住所：

連絡先：

同意撤回書

医療法人社団 恵仁会
な ぎ 辻 病 院
院長 大山 貴之 殿

私は、「動脈硬化症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、治療費用・脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意しましたが、この度これを撤回します。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

※今後、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療の為に、用いられることについて

同意します ・ 同意しません

記入日： 年 月 日

氏名(自筆署名)： (本人)

住所：

連絡先：

代諾者名(自筆署名)： ()

住所：

連絡先：

治療に関する費用

【１】 治療名

ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療

【２】 治療内容

別紙の事前説明書をご確認下さい。

【３】 治療費用

治療に伴い、事前に下記の費用が発生致します。

《初回受診時》

項目	内容	費用（税込）
血液検査	感染症検査など	22,000 円
生理検査※	心電図・肺機能検査など	5,500 円

※生理検査は病名によって異なります。

《手術時》

項目	内容	費用（税込）
手術・材料	脂肪組織摘出手術 その他材料	302,500 円

項目	内容	費用（税込）
組織培養・投与	組織培養及び投与（１回につき）	1,650,000 円

※ 組織培養・投与について

投与回数は、疾患・病状に応じて変更となります。担当医の診察後、患者様（若しくは代諾者様）の同意の上、決定いたします。

※ 上記の以外に追加で検査等を行った場合は別途費用が発生致します。