

免疫細胞治療のご案内

A. 免疫細胞培養費

CST 細胞治療 活性化自己リンパ球療法：1回=¥286,000 (税込)

B. 検査費用：別途必要になります。

① 検査費 (感染症採血)：¥5,500 (税込)

HCV 抗体・HTLV-1・TPHA 定性+RPR 法・HIV 検査

HBs 抗原・HBs 抗体 (定性)

② 貧血検査、血液検査、胸部・CT 検査等、必要に応じて実施します。

C. 初診・相談料：¥11,000 (税込)

注1. 免疫細胞培養費に関しては前払いとなります。

注2. 患者様の意向で培養日が決定されない場合、採血分の凍結保存期間は180日後までとし、保管期間を過ぎると破棄することになります。

注3. 患者様の意向で培養日が延期される場合、延期限度は最大2日ですが、その処理に1日につき¥22,000 (税込)の実費が発生します。

注4. 採血後、一度も培養に入らなかった採血を破棄する場合は¥33,000 (税込)の実費が発生します。

注5. 免疫細胞治療は、すべて自由診療となります。ご了承下さい。

尚、治療費・検査費用等に関する詳しい内容は直接グランソール奈良までお問い合わせ下さい。

注6. 点滴施行日時は火曜日から土曜日の13時から16時までとなります。

注7. 治療用血液を採取した場合は、リンパ球の輸注を行わなかった場合にも、血液からのリンパ球の分離、活性化培養などの細胞加工の費用を要することになりますので、あらかじめご了承ください。また、途中でおやめになった場合には既に実施済みとさせていただきます。

■治療のお支払に関して

【初診料・検査費用・培養費】

実施した当日受付の窓口でお支払いただきます。

培養費に関しましては入金確認後、培養に入らせていただきます。

以上、説明を受けました。

年 月 日

住 所：〒

本人氏名：

代諾者氏名： (続柄) 印