

# PRP療法費用についての説明書・同意書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様

1. 保険適用外（自費診療）でのお支払いとなります。
- GPSⅢ キット使用時 自費 120,000円（税別）※132,000円（税込）
  - APS キット使用時 自費 300,000円（税別）※330,000円（税込）
2. 血液感染症検査費用及び、PRP療法実施日の診察費用、実施日以降の定期診察費用（半年間、計7回）は、上記金額に含まれます。
3. 上記費用のうち、血液感染症検査費用（16,000円\_税別）は、血液感染症検査当日にお支払いいただきます。
- 血液感染症検査費用 自費 16,000円（税別）※17,600円（税込）
4. PRP療法実施当日、診察前に血液感染症検査費用を除いた残額を一括でお支払いいただきます。
- GPSⅢ キット使用時 自費 104,000円（税別）※114,400円（税込）
  - APS キット使用時 自費 284,000円（税別）※312,400円（税込）

## 【キャンセル時のご返金について】

5. PRP療法が行えない場合であっても、すでにお支払いになりました血液感染症検査費用（16,000円\_税別）の返金はいたしませんので、予めご了承ください。
6. PRP療法実施当日にキャンセルされる場合
- 診察時にキャンセルされる場合  
診察前にお支払いいただいた費用をご返金します。
  - 診察以降にキャンセルされる場合  
医療材料費用が発生するため、ご返金額は以下の金額となります。  
GPSⅢキット使用時 49,500円 / APSキット使用時 104,500円

## 【リハビリテーションについて】

7. PRP療法実施部位のリハビリテーションは、血液感染症検査日から、6ヶ月間の定期診察終了まで、保険適用外（自費診療）となります。そのため、当院ではリハビリテーションを希望される患者様に向けて、オプション制（保険適用外（自費診療））にて提供しております。ご希望の場合には、主治医にご相談ください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

説明者 \_\_\_\_\_

# PRP療法費用についての同意書

私は、PRP療法の費用について説明を受け、上記の内容に同意します。

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

令和 年 月 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

代理人（自署） \_\_\_\_\_ 印

患者様との続柄 \_\_\_\_\_

原本：診療録控え コピー：患者様控え