

附表三

項目名稱	適應症	其他應遵行事項
一、自體CD34+ selection周邊血幹細胞治療	一、慢性缺血性腦中風。 二、嚴重下肢缺血症。	診所須經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過，始得申請。
二、自體免疫細胞治療（包括CIK、NK、DC、DC-CIK、TIL、gamma-delta T之adoptive T細胞輸入療法）	一、血液惡性腫瘤（hematological malignancies）經標準治療無效。 二、第一期至第三期實體癌（solid tumor），經標準治療無效。 三、實體癌第四期。	診所執行自體免疫細胞治療者，應符合下列條件，始得申請： 一、至該診所接受癌症相關治療之病人數，達其總收治病人數半數以上。 二、經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過。
三、自體脂肪幹細胞治療	一、慢性或滿六週未癒合之困難傷口。 二、占總體表面積百分之二十以上之大面積燒傷或皮膚創傷受損。 三、皮下及軟組織缺損。 四、退化性關節炎及膝關節軟骨缺損。	診所須經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過，始得申請。
四、自體纖維母細胞治療	皮膚缺陷：皺紋、凹洞及疤痕之填補及修復。	診所須經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過，始得申請。
五、自體骨髓間質幹細胞（bone marrow mesenchymal stem cell）治療	一、退化性關節炎及膝關節軟骨缺損。 二、脊髓損傷。	診所須經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過，始得申請。
六、自體軟骨細胞治療	膝關節軟骨缺損。	診所須經主管機關或其委託專業機關（構）辦理之相關評鑑或認證通過，始得申請。