



さくらプラチナム歯科 診療同意書兼同意依頼書

当院での診療をご希望くださり、誠にありがとうございます。
診療を受けていただく上で、いくつか注意事項がございます。

「診療同意書」は全診療において必要な、同意書兼同意依頼書です。
「個別同意書」は該当するメニューにて、診療同意書に加えて必要な、同意書兼同意依頼書です。
ご自身の診療内容に合わせて、ご確認をお願いします。

よくお読みいただき、全ての内容についてご確認、ご理解いただき、ご同意された方のみ、
診療を承ります。

事前に確認いただく際は、全てに✓(チェック)を入れた上でご来院ください。
当日ご確認をされる際は、全てにご了承の上で問診票にてご同意ください。

<未成年の方へ>

未成年の方はご本人様のものに加えて、**保護者様のチェック・ご署名・ご捺印**が必須となります。
保護者様が同伴されない場合、事前に保護者様の**チェック・ご署名・ご捺印**を頂いてお持ちください。
(「診療同意書」「個別同意書」それぞれ、チェック・ご署名・ご捺印が必要です。)

診療同意書

※本同意書の全内容を理解・納得の上、同意が必須となります。事前確認の場合、全項目にチェック☑及び署名、当日は全項目をご了承の上、問診票にてご同意ください。18歳未満の方は、保護者様の同意が必須です。

【総則：適用範囲・併用】

- 本同意書は、当院のスタッフ（=歯科医師及び、歯科医師の指示下で業務を行う歯科衛生士等）が行う処置（歯科治療・予防処置・診療補助・ホワイトニング等の自費処置を含む）に適用します。
- 本同意書は改定され得ます。重要変更は再同意、軽微変更はHPや院内掲示で周知後の継続受診で最新版を適用します。
- 本同意は通院期間中有効です。ただし、重要事項に変更が生じた際は患者様自ら申告の上、必要に応じ再同意します。前回の来院から1年経過時も更新または再同意します。
- 処置により、個別同意書（別紙）を併用します。矛盾時は、個別同意書を優先します。

【施術・治療前のご注意・問診票含む事前申告】※必要に応じ、処置の見合せ/延期/代替案を提案することがあります。

- 下記該当する方は、事前申告の上、スタッフの指示に従ってください。ご不安・ご不明点は全て事前にご相談ください。
 - 口内、口周りの傷・できもの / 重度歯周病、虫歯等 / 風邪や感染症症状（咳、くしゃみ等） / 1ヶ月以内の顔面手術（美容整形、口腔外科、耳鼻・整形外科等） / 口唇ヘルペス既往 / 薬剤・ゴム・ラテックス・樹脂・金属等のアレルギー / 妊娠・授乳中 / その他申告事項
- 現在の症状、他院治療内容、既往歴、過去病歴、内服薬等含め、問診票/事前申告は正確にお願いします。不十分な申告は、医療上のリスクの原因となります。安全性・適切性を確保できないと判断した場合、診療をお断りします。未申告事項や虚偽申告に起因するリスク・合併症等は、当院の故意・重過失がある場合を除き、当院は責任を負わず、有償対応です。
- 歯科医師法に基づき、住所・氏名・生年月日・電話番号等は正確に記載し、変更時は届出をお願いします。
- 歯科医師法に基づき、診断を行わずに、薬のみを処方することはできかねます。
- 予約管理・診療連絡等にて、電話/SMS/メール/LINE等で連絡することがあります。

【施術・治療の効果】

- 効果には個人差があり、医療行為に成功率100%はありません。歯や口腔内の状態・生活習慣・環境・病変の進行・個々の状況等により、初期予測と異なる結果になること、期待水準に達しないこと等があります。
- 想定リスク等の説明を受けた上で、診療を希望された場合、内容を十分に理解・納得・同意したものとみなします。
- 効果の持続はセルフケア等によります。無症候でも病変進行や修復物の不具合は生じます。定期通院をお願いします。

【費用の取り扱い】

- 費用は結果保証ではありません。施術・治療の成否に関わらず、原則的に払い戻しや無償でのやり直しはいたしません。
- 提供済み役務は、原則的に返金しません。治療実施不可でも、初診料・レントゲン代等要した費用はお支払いください。
- 追加処置は、通常通り有償です（材料費・技術料等含め）。ただし、当院の故意・重過失等、法令上の義務がある場合、法令に基づき相当な範囲で対応します。
- 保険診療は、厚生労働省の療養担当規則その他の関係法令に基づき、所定の自己負担額をお支払いください。

【施術・治療に関して】

- 一般歯科治療では、原則的にレントゲン撮影が必須です（初診・久しぶりの受診の方も同様）。デジタルX線で、ALARA原則（被ばくを可能な限り低く）にて運用します。撮影拒否の場合、安全のため、治療をお断りさせて頂きます。
- 曖昧な回答等で意思確認が困難な場合、治療の見合せ、お断りをすることがあります。
- 患者様は安全上の理由等で同意撤回・中止要請できます。スタッフが医学的相当性で中断/中止します（実施分費用発生）。
- 治療計画・期間・費用等は概算です。状態変化等で、都度変更することがあります（可能な限り、事前説明します）。
- 自由診療（セラミック、マウスピース矯正等）に伴う修復・再修復は、全て自由診療（保険適用外）です。
- 当院は金属（銀歯・金合金等）を用いた修復・補綴治療をしません。必要に応じ、セラミック等自由診療を提案します。
- 処置はスタッフと患者様の相互信頼が前提です。信頼関係形成が困難/喪失と当院が判断した場合、実施をお断りします。

【施術・治療後の確認・免責・有償対応】

- 処置後、院内にて鏡等で仕上がりを確認して頂きます。気になる点は、その場で必ずお申し出ください。
- 院外退出後のお申し出は、当院の故意または重過失がある場合を除き、無償での再施術・補償の対象外です。
- 処置後の注意事項等は、スタッフの口頭説明の他、電子・紙で案内することができます（効果保証ではありません）。

【その他】

- 迷惑行為（暴言・威嚇・暴行・誹謗中傷等）は禁止です。該当またはおそれがある場合、診療をお断り・中止します。
- 誹謗中傷・傷害・器物損壊等で当院に損害が生じた場合、損害賠償を請求します。専属管轄は当院所在地の裁判所です。
- 深夜（午前2時以降）は全て自由診療16,500円からです（内容により追加費用）。年末年始等はHPの条件で実施します。
- 十分な診療時間を確保していますが、遅刻等で時間短縮となる場合、十分な効果が得られないことがあります。
- 前日20時以降の予約変更・キャンセルは、メニューにより規定の「変更・キャンセル費」を頂戴いたします。これに伴い、予約制限を行うことがあります。予約時刻までに連絡あり「合計金額：50%」連絡なし（無断）「合計金額：100%」
- 症例記録、HP等への掲載のため、お口元を撮影することができます。撮影時は、お顔が映らないよう配慮します。

私は本書を全て確認し、その内容を理解・了承した上で、処置を申し込みいたします。_____年_____月_____日

署名_____保護者様署名_____※両者様共に、必ず直筆にてご署名の上、来院時にご提出ください。

→次または裏面の個別同意書も、診療内容に応じて、合わせてご確認ください。

個別同意書（ホワイトニング）

※本同意書の全内容を理解・納得の上、同意が必須となります。事前確認の場合、全項目にチェック☑及び署名、当日は全項目をご了承の上、問診票にてご同意ください。18歳未満の方は、保護者様の同意が必須です。

【総則：適用範囲・併用】

□本同意書は、当院のホワイトニング（オフィス／ホーム／デュアル等）に適用します。用語は「診療同意書」の定義に従い、ここでいうスタッフは同同意書の定義によります。

□記載のない事項は「診療同意書」を準用し、矛盾・抵触する場合、本書（個別同意書（ホワイトニング））を優先します。

【ホワイトニング施術の効果】

□効果には、個人差があります（歯質、口腔内の状態、環境、生活習慣等）。

□シェード（色見本）表示は目安で、到達保証はいたしません。希望色への到達も保証できかねます。

□テトラサイクリン等、歯の変色の原因により、色調の改善が見込めないことがあります。

□効果は通常、天然歯（本来持つご自身の歯）に主に及びます。特定の処置を行った歯（神経を抜く等）への効果は乏しいことがあります。また、詰め物・被せ物の色は変わりません。色の不一致が気になる場合の交換等は、有償対応です。

【施術に関する事項】

□歯の痛み/知覚過敏/歯肉の違和感//粘膜白変/潰瘍/腫脹等が稀に発生します。多くは一時的で数日～数週間で治ります。

□知覚過敏症状が新たに出る/悪化することがあります。

□歯の表面の白斑の強調（まだら）が起こることがあります。通常、数週間から数ヶ月で周囲となじみます。気になる場合の、歯を削って白い詰め物をする等の処置は有償対応です。

【オフィスホワイトニングに関する事項】

□オフィスホワイトニングの「回数」=薬剤を歯面に保持（放置）する時間の単位です（1回=8分）。LED照射の有無にかかわらず、8分×回数=薬剤保持時間の合計で、薬剤塗布（塗り直し）・通院回数ではありません。一度で、合計分數（8分×回数）の処置をします（例 4回照射スタンダードホワイトニング：薬剤を塗布・保持、計32分間LED照射する施術）。

□オフィスホワイトニング施術中に痛み・知覚過敏等が生じられた場合、スタッフが出力・照射時間・間隔の調整や一時中断/中止等を行うことがあります。これらは医療上の判断で、効果保証・返金保証はありません（故意・重過失を除く）。

【ホームホワイトニングに関する事項】

□ホームホワイトニング用マウスピースの型取り・使用中に、劣化・接触不良の詰め物、被せ物が外れることがあります。再装着・再製作等は有償対応です。

□ホームホワイトニングの薬剤は、指示を守ってご使用ください。誤飲や誤用は健康被害の恐れがあります。

【効果の持続について】

□効果の持続性は、生活習慣（タバコや飲食）・セルフケア・定期メンテナンス等により、個人差があります。

□施術の性質上、再着色は避けられません。目安として、少なくとも半年に一度のタッチアップ（有償）を推奨します。

【施術後の注意事項等（飲食・生活習慣他）】

□処置後の注意事項等は、スタッフの口頭説明の他、電子・紙で案内することができます（効果保証ではありません）。特に、施術後24時間以内は、着色しやすい飲食物（カレー・赤ワイン・コーヒー・お茶・コーラ等）・喫煙を控えて頂くことを推奨します。

【施術・治療後の確認・免責・有償対応】

□提供済み役務は、原則的に返金しません。特に、主観的な満足度・色調の好み・見た目の印象等を理由とする返金請求に応じることできかねます。追加処置は、通常通り有償対応です（材料費・技術料等含め）。

□処置後、院内にて鏡等で仕上がりを確認して頂きます。気になる点は、その場で必ずお申し出ください。

□院外退出後のお申し出は、当院の故意または重過失がある場合を除き、無償での再施術・補償の対象外です。

私は本書を全て確認し、その内容を理解・了承した上で、処置を申し込みいたします。____年____月____日
署名_____ 保護者様署名_____ ※両者様共に、必ず直筆にてご署名の上、来院時にご提出ください。