さくらプラチナム歯科
各種診療同意書

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。
当院は、各種同意書の全内容についてご確認、ご理解、ご同意された方のみ、診療を承ります。

1. 受診予定の診療内容に合わせて、該当する同意書をご確認ください。
   ・ホワイトニング / ボツリヌストキシン治療を受診される方
   ⇒ 各専用の同意書をご確認ください。
   ・上記以外の診療を受診される方
   ⇒「診療同意書（総合）」をご確認ください。

2. 確認・同意は以下２つのどちらかの方法でお願いします。
   ・事前確認：事前に印刷、全てを了承し、☑(チェック)を入れた紙を持って、来院ください。
   ・当日確認：院内にて確認、全てを了承し、問診票他当院指定の形式にて、ご同意ください。

＜未成年の方へ＞
18 歳未満の方は、保護者の同意（記入済み同意書、または保護者 1 名の同伴にて）が必要です。

診療同意書（総合）

※ホワイトニング・ボツリヌストキシンは裏面または次ページ以降、該当の同意書を確認

※本同意書の全内容を理解・納得の上で同意必須。事前の場合、全項目にチェック☑及び署名、当日は全内容を了承の上、問診票他当院指定の形式で同意。１８歳未満は保護者様同意必要。

【総則：適用範囲】

□本同意書は、当院スタッフ（＝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・自由診療・各種施術等含む、専用の個別同意書のない全内容）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 や院内掲示等で周知、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。同意から１年経過時や自身の重要事項変更時(要自己申告)には、更新・再同意頂きます。

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

□下記に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ケ月以内の顔面手術(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
□症状、他院治療、既往歴、内服薬他問診票・事前申告は正確にお願いします。安全確保困難と判断した場合、診療をお断りします。虚偽や申告不備によるリスク・合併症・トラブル等は、当院の故意・重過失を除き免責(有償対応)となります。
□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。

【効果・その他】

□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。
□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。

【処置に関して】

□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、診療をお断りすることがあります。
□曖昧な回答等で意思確認が困難な場合、診療の見合わせ、お断り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/中止要請ができ、スタッフは医学的相当性で中断/中止し得ます(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、診療をお断りします。

【注意事項】

□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。
□説明済みのリスク他、反応には個人差があります。当院の故意・重過失を除き、処置に伴う症状は責任を負いかねます。
□当院はご依頼メニュー範囲内(部位・内容等)の処置を行います。該当範囲外については、口腔内外の確認・診断を行った場合も含め、来院時及びその後の状態・問題・結果の責任は負いかねます。有償の診察・処置として別途ご依頼ください。

【処置後の注意事項等】

□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あります（効果保証ではありません）。

【処置後の確認・免責・有償対応】

□費用は結果保証ではありません。処置の成否に関わらず、原則的に払い戻しや無償でのやり直しはいたしません。
□当院にて行う全ての処置は、性質上、結果・その後の経過を保証するものではありません。状態・症状の改善・治癒・効果の持続等についても同様です。
□来院時の状態を踏まえ、当院が適切と判断した処置を了承の上で行った場合でも、補綴物（詰め物・被せ物）の脱離・破損、症状・状態の変化・悪化、効果の減退・消失等は、性質上生じ得ます。やむを得ない事象として予めご了承ください。
□提供済み役務は、原則的に返金しません。主観的な満足度・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はできかねます。追加処置は通常通り有償です(材料費・技術料等含め)。また、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。
□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。
□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。
□当院の故意・重過失(法令内)を除き、無償の再施術・補償・返金等はいたしかねます。処置の結果・経過・補綴物の状態変化等についても同様です。特に退出後のお申し出は応じかねます。

【その他】

□10分以上の無断遅刻はキャンセル、ご連絡を頂いても診療時間短縮や当日の診療不可となる場合があります。
□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」を頂戴します。※当日の時間変更で別日へ、インフルエンザ他感染症で来院不可等も対象。繰り返される場合、予約制限。予約時刻までに 連絡有 合計金額：50% / 無断 100%
□診断書は医学的見地に基づき作成し、ご要望に沿えないことがあります。発行後の返金はいかなる理由でも応じません。
□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。
□来院時のお忘れ物・紛失等について、当院は一切責任を負いかねます。お持ち物の管理はご自身でお願いします。
□症例・HP等掲載用に匿名(顔カット)で口元を撮影・使用する場合があります。掲載不可の方は事前にお申し出ください。

〒150-0002東京都渋谷区渋谷2-22-13 渋谷東口マイアミビル 5F、6F　さくらプラチナム歯科

私は本書を確認し、安全性・リスクその他内容を全て理解・了承し、処置を申し込みます。　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿　**保護者様署名**＿＿＿＿＿＿＿＿　**※両者様共に、事前記入済同意書の持参または当日院内で同意必須**

※ホワイトニング・ボツリヌストキシン治療は、裏面または次ページ以降の該当の同意書をご確認ください。

診療同意書（ホワイトニング）※歯の治療等・ボツリヌストキシンは他ページ、該当の同意書を確認

※本同意書の全内容を理解・納得の上で同意必須。事前の場合、全項目にチェック☑及び署名、当日は全内容を了承の上、問診票他当院指定の形式で同意。１８歳未満は保護者様同意必要。（１６歳未満は不可）

【総則：適用範囲】

□本同意書は当院スタッフ(歯科医師・歯科医師指示下で業務を行う歯科衛生士等)が行うホワイトニング(オフィス／ホーム／デュアル)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 や院内掲示等で周知、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。同意から１年経過時や自身の重要事項変更時(要自己申告)には、更新・再同意頂きます。

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

□下記に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ケ月以内の顔面手術(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
□症状、他院治療、既往歴、内服薬他問診票・事前申告は正確にお願いします。安全確保困難と判断した場合、診療をお断りします。虚偽や申告不備によるリスク・合併症・トラブル等は、当院の故意・重過失を除き免責(有償対応)となります。
□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。
□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。

【効果・その他】

□効果には個人差があります。シェード(色見本)は目安で施術の効果保証、最終的な希望色への到達保証はできかねます。
□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。
□効果の持続は、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。

【オフィスホワイトニングに関して】

□メニューの「回数」は薬剤歯面保持合計時間です(1回＝8分)。薬剤塗布(塗り直し)・通院回数でなく、来院一度で合計分数(8分×回数)の処置をします。※例　４回32分照射スタンダードホワイトニング＝計32分(8分×4回)薬剤歯面保持の施術。
□施術中に痛み・知覚過敏等が生じた場合、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）。
□オフィスホワイトニングの再処置は、直近の処置から１週間ほど空ける必要があります。
□光線過敏症の方は、オフィスホワイトニングを受けられません。

【ホームホワイトニングに関して】

□マウスピース型取り・使用で劣化・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・再製作等は有償です。
□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。

【処置を受けられない方】

□無カタラーゼ症/16歳未満/妊娠・授乳中/その他、重度の虫歯や歯周病等、歯科医師が不可能と判断した方

【注意事項】

□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。
□初診時の歯科医師(女性医師の場合有)の確認は、ホワイトニング可否を判断する簡易確認で、健康状態の診断ではありません。虫歯・ヒビ等の詳細な検査は行わず、口腔内の状態について当院は責任を負わず、後日の申し出にも応じかねます。
□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。
□説明済みのリスク他、反応には個人差があります。当院の故意・重過失を除き、処置に伴う症状は責任を負いかねます。
□当院はご依頼メニュー範囲内(部位・内容等)の処置を行います。該当範囲外については、口腔内外の確認・診断を行った場合も含め、来院時及びその後の状態・問題・結果の責任は負いかねます。有償の診察・処置として別途ご依頼ください。

【処置後の注意事項等】

□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あります（効果保証ではありません）。特に施術後24時間以内は、色の濃い飲食物(カレー・赤ワイン・コーヒー・お茶・コーラ等)・喫煙を控えることを推奨します。

【処置後の確認・免責・有償対応】

□費用は結果保証ではありません。処置の成否に関わらず、原則的に払い戻しや無償でのやり直しはいたしません。
□当院にて行う全ての処置は、性質上、結果・その後の経過を保証するものではありません。状態・症状の改善・治癒・効果の持続等についても同様です。
□来院時の状態を踏まえ、当院が適切と判断した処置を了承の上で行った場合でも、補綴物（詰め物・被せ物）の脱離・破損、症状・状態の変化・悪化、効果の減退・消失等は、性質上生じ得ます。やむを得ない事象として予めご了承ください。
□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はできかねます。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。
□当院の故意・重過失(法令内)を除き、無償の再施術・補償・返金等はいたしかねます。処置の結果・経過・補綴物の状態変化等についても同様です。特に退出後のお申し出は応じかねます。

【その他】

□10分以上の無断遅刻はキャンセル、ご連絡を頂いても診療時間短縮や当日の診療不可となる場合があります。
□前日20時以降の予約変更・キャンセルは、規定の「変更・キャンセル費」を頂戴します。※当日の時間変更で別日へ、インフルエンザ他感染症で来院不可等も対象。繰り返される場合、予約制限。予約時刻までに 連絡有 合計金額：50% / 無断 100%
□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。
□来院時のお忘れ物・紛失等について、当院は一切責任を負いかねます。お持ち物の管理はご自身でお願いします。
□症例・HP等掲載用に匿名(顔カット)で口元を撮影・使用する場合があります。掲載不可の方は事前にお申し出ください。

〒150-0002東京都渋谷区渋谷2-22-13 渋谷東口マイアミビル 5F、6F　さくらプラチナム歯科

私は本書を確認し、安全性・リスクその他内容を全て理解・了承し、処置を申し込みます。＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿ 保護者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿ ※両者様共に、記入済同意書の持参または当日院内で同意必須。

診療同意書（ボツリヌストキシン治療）※歯の治療等・ホワイトニングは他ページ、該当の同意書を確認

※本同意書の全内容を理解・納得の上で同意必須。事前の場合、全項目にチェック☑及び署名、当日は全内容を了承の上、問診票他当院指定の形式で同意。（１８歳未満、６０歳以上は不可）

【総則：適用範囲】

□本同意書は当院スタッフ(歯科医師・歯科医師指示下で業務を行う歯科衛生士等のフォロー)が行うボツリヌストキシン治療に適用します。
□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 や院内掲示等で周知、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。同意から1年経過時や自身の重要事項変更時(要自己申告)には、更新・再同意頂きます。

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

□下記に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ケ月以内の顔面手術(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
□症状、他院治療、既往歴、内服薬他問診票・事前申告は正確にお願いします。安全確保困難と判断した場合、診療をお断りします。虚偽や申告不備によるリスク・合併症・トラブル等は、当院の故意・重過失を除き免責(有償対応)となります。
□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。
□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。

【効果・その他】

□ボツリヌストキシンとは、ボツリヌス菌から抽出・精製されたタンパク質です。当治療では、この成分を咬筋（エラの筋肉）に注射することで、筋肉の過度な緊張を和らげます。
□一般的に呼ばれる「ボトックス」はアラガン社の登録商標です。当院ではアラガン社製と同等の成分・効果を持つ、安全基準を満たしたボツリヌストキシン製剤を使用します。
□効果（歯ぎしり、歯ぎしりが原因の歯周病予防、歯のダメージ軽減、食いしばり、食いしばりが原因の肩こり、頭痛、顎関節症の緩和、咬筋を小さくすることによる副次的な小顔効果、エラ張り緩和等）効果（歯ぎしり、歯ぎしりが原因の歯周病予防、歯のダメージ軽減、食いしばり、食いしばりが原因の肩こり、頭痛、顎関節症の緩和、咬筋を小さくすることによる副次的な小顔効果、エラ張り緩和等）・仕上がり・ダウンタイム等には個人差があります。
□効果は早ければ３～４日、一般的に１週間～１０日後(小顔効果は１ヶ月前後)から現れ、３～６ヶ月で徐々に薄れます。
□繰り返し注入することで、効果の持続を期待できます。再処置は、直近の処置から３ヶ月空ける必要があります。

【処置を受けられない方】

□妊娠・授乳中、妊娠可能性有、妊娠予定の方。※女性は投与中、及び最終投与後月経２回まで、男性は最低３ヶ月避妊。
□１８歳未満、６０歳以上の方
□当日、飲酒をしている方
□３ヶ月以内に、当院他院関わらず、ボツリヌストキシン治療を受けた方
□健康・宗教上の理由等により輸血ができない方
□神経・筋疾患/緑内障/慢性呼吸器疾患をお持ちの方及び、ケロイド体質その他含め、重大な疾患の診断を受けている方
□筋弛緩剤、抗生剤、精神安定剤、抗凝固剤他ボツリヌストキシンとの相互作用薬 /皮下出血可能性のある薬を服用中の方
□治療部位にニキビ含め、強い炎症がある方
□ボツリヌス菌が原因と考えられる食中毒の既往がある方
□その他、歯科医師が不可能と判断した方

【注意事項】

□製剤を少量ずつ数箇所に注射します。注入時はチクッとした痛みを感じます。
□注入部位に多少の赤みや腫れ、内出血、凸凹が生じる場合があります。個人差がありますが、一般的には10日ほどで消退します。注入直後からメイクが可能なので、ほぼカバーできます。
□処置前は咬筋の緊張状態に慣れているため、処置後すぐは噛む際に違和感、顎のだるさを感じることがあります。
□副作用として、まれに頭痛、アレルギー反応、局所の痺れ、感染、灼熱感等予期せぬ問題が生じることがあります。
□十分な効果を得るため、必ず歯科医師の指示に従ってください。
□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。
□説明済みのリスク他、反応には個人差があります。当院の故意・重過失を除き、処置に伴う症状は責任を負いかねます。
□当院はご依頼メニュー範囲内(部位・内容等)の処置を行います。該当範囲外については、口腔内外の確認・診断を行った場合も含め、来院時及びその後の状態・問題・結果の責任は負いかねます。有償の診察・処置として別途ご依頼ください。

【処置後の注意事項等】

□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あります（効果保証ではありません）。
□当日は体を過度に温める行為(入浴・サウナ・激しい運動等)及び飲酒をお控えください。入浴はシャワーのみ可能です。
□日焼けは効果低下の可能性があります。処置後～２週間は直射日光を避け、日焼け止め等で紫外線対策をしてください。
□１週間：処置部位の強いマッサージ/２週間：レーザー治療/１ヶ月：献血をお控えください。

【処置後の確認・免責・有償対応】

□費用は結果保証ではありません。処置の成否に関わらず、原則的に払い戻しや無償でのやり直しはいたしません。
□当院にて行う全ての処置は、性質上、結果・その後の経過を保証するものではありません。状態・症状の改善・治癒・効果の持続等についても同様です。
□来院時の状態を踏まえ、当院が適切と判断した処置を了承の上で行った場合でも、補綴物（詰め物・被せ物）の脱離・破損、症状・状態の変化・悪化、効果の減退・消失等は、性質上生じ得ます。やむを得ない事象として予めご了承ください。
□提供済み役務は、返金しません。特に、主観的な満足度・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はできかねます。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。
□当院の故意・重過失(法令内)を除き、無償の再施術・補償・返金等はいたしかねます。処置の結果・経過・補綴物の状態変化等についても同様です。特に退出後のお申し出は応じかねます。

【その他】

□10分以上の無断遅刻はキャンセル、ご連絡を頂いても診療時間短縮や当日の診療不可となる場合があります。
□前日20時以降の予約変更・キャンセルは、規定の「変更・キャンセル費」を頂戴します。※当日の時間変更で別日へ、インフルエンザ他感染症で来院不可等も対象。繰り返される場合、予約制限。予約時刻までに 連絡有 合計金額：50% / 無断 100%
□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。
□来院時のお忘れ物・紛失等について、当院は一切責任を負いかねます。お持ち物の管理はご自身でお願いします。
□症例・HP等掲載用に匿名(顔カット)で口元を撮影・使用する場合があります。掲載不可の方は事前にお申し出ください。

〒150-0002東京都渋谷区渋谷2-22-13 渋谷東口マイアミビル 5F、6F　さくらプラチナム歯科

私は本書を確認し、安全性・リスクその他内容を全て理解・了承し、処置を申し込みます。　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※事前記入済同意書の持参または当日院内で同意必須。