歯科同意書

私は、以下の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け納得した上で、歯科施術を受けることに同意します。

１　主治医の指示に従い、主治医の指示を守れない場合には治療結果や治療期間が延長されることがあることに同意します。

２　下記に該当する症状や事情（これらに限られません。）がある場合、歯科施術をご提供できないことがあります。また、歯科施術中に、下記の症状がみられた場合は施術を中止することがある場合があることに同意します。

　・成長発育過程、外傷などによる歯牙移動困難

　・ヘルペス

　・口内炎

３　歯科治療費用には、矯正治療費用、ホワイトニング費用、装置紛失時の器具代などは含まれません。

４　歯科治療の予約について、やむを得ない事情により変更していただく場合があります。

５　施術後の効用、効果は絶対的ではなく、個人ごとに違いがあります。副作用が発生することもあります。同意事項を遵守しなかったことにより発生した損害について、貴院は責任を負わないことに同意します。

　　　年　　月　　日

住所：

氏名：