

池袋きのした歯科・矯正歯科

未成年者のホワイトニング施術についての同意書兼同意依頼書

※以下の事柄をよくお読み頂き、内容を十分に理解した上でホワイトニング治療を希望される場合は、すべての項目に✓を入れて頂き、本書末尾にご署名をお願い致します。

18歳未満の方は保護者様の同意が必要となります。こちらの同意書を両者様ともに、必ず直筆にてご署名のうえ、ご来院時にご提出ください。

□1. 当院で行うホワイトニング施術は全て、歯科医師、歯科衛生士の有資格者による歯科医療行為です。

□2. 以下の方は、治療前にお申し出ください。※歯科医師の診断により施術をお断りする場合がございます。

・光過敏症の方

・口角炎、口内炎など口内、口周りに傷やできものがある方

・ぐらぐらしている歯がある方(重度の歯周病の方)

・風邪の症状が出ている方(咳、くしゃみなど)

・顔面の手術(美容整形、レーザーなどの皮膚治療(脱毛も含む)口腔外科、耳鼻科、整形外科など)を1ヶ月以内に受けた方

□3. 15歳以下の方、妊娠中、授乳中の方、無カタラーゼ症、感染症(HIV・梅毒・B型肝炎・口唇ヘルペスなど)の方は、

ホワイトニングをお受けいただけません。

□4. ホワイトニングは個人によりその効果が異なりますので、すべての方が必ずしも現在の状態から改善される保証はありません。

その変色の原因によっては色調の改善が見込めないこともあります。

□5. 通常、ホワイトニングにより、神経のある歯の色調は明るく変化します。しかし、詰め物や被せ物の部分の色調は変化せず、

神経のない歯の色調の変化も小さくなります。

□6. すでに知覚過敏の傾向がある場合、ホワイトニングを行うことで症状が悪化することがあります。

□7. ホワイトニングにより、歯の痛み、知覚過敏、歯肉の灼熱感、歯肉や口腔周囲の色素沈着、口腔内粘膜の白変、潰瘍、腫脹などが生じることが稀にあります。この大部分は一時的なもので、次第に治癒します。

□8. ホワイトニングを行うと、歯の表面に点状の白い部分(ホワイトスポット)、帯状の白い部分(ホワイトバンド)が現れる場合があります。

これは歯に元々あるものが、ホワイトニングにより強調されたものです。通常、数週間から数ヶ月経つと周囲となじんできます。

□9. ホワイトニングにおいて5, 6, 7, 8に記載したような内容が認められた場合でも返金は致しかねますのでご了承ください。

□10. ホワイトニングの効果の持続期間は、変色の原因および生活習慣によって変わりますが、白さを保つためには定期的にメインテナンスを行う事をお勧めいたします。

□11. 開口器により、施術後一時的に口唇に跡が付く場合があります。数時間程度で消失します。

□12. 当院は完全予約制です。遅刻してのホワイトニングをご希望された場合、照射時間が短くなりますのでご注意ください。

また、その場合ホワイトニング効果が十分に得られない事がございますが、返金は致しかねますのでご了承下さい。

私は本書を確認し、その内容を理解了承した上でホワイトニング施術を申し込みいたします。

年 月 日

ご署名 _____

保護者ご署名 _____

※18歳未満の方は保護者の同意が必要です。