

同意書（インフォームド・コンセント）

治療計画の手順、見積もり、費用を通知されます。治療計画は視診とレントゲン診査に基づいて、診断をし、決定されます。治療は虫歯、感染、破折、神経へのダメージや損傷など、様々な予期せぬ出来事によって変わることがあります。もしも治療の変更がありましたら、お知らせします。その結果、費用が変わることもあります。その費用は患者様の応分負担になることを理解します。

私はアレルギーやお薬の反応を含む健康状態、過去の病気や治療をお知らせしました・します。このような情報をすべてお伝えされない場合、治療の経過や結果に影響を与えることがあり得ることを理解します。

治療に関するリスク、利点、そしてオプションについて説明があります。心配や不安な点を相談したり、質問する機会もあり、話し合うこともできます。治療はすべての歯や修復物（詰め物やクラウン）を保存できることの保証ではありませんし、治療中に問題が起こったりする可能性があることを理解します。

法律で定められた範囲で、私の健康状態の情報を保険会社への支払い請求のために使うことを同意します。保険会社からの支払いは成田ファミリーデンタルが直接、受け取ることを許可します。保険会社から必ずしも全額支払われる保証はなく、成田ファミリーデンタルの費用と保険会社から支払われた分の差額は私の自己負担になることを理解します。メジャー治療の場合は特に事前承認(pre-authorization)を取ることをお勧め致します。

この同意書の内容や情報を理解しました。私もしくは子供が成田ファミリーデンタルの先生に必要だと診断された治療を行うことに同意します。

お名前

サイン

日付

