

未成年者 診療および治療同意書

YCホワイトニング 歯科 御中

この度、下記の申込者が未成年であることから、親権者として貴医院に於いて申込者が診療及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日：20 年 月 日

申込者氏名：_____

住所：_____

電話：_____

親権者氏名(自署)：_____ 印

住所：_____

電話：_____

申込者との続柄：_____

※ ホワイトニングは歯の内部の色素を分解し、歯の色調を明るく変化させる処置です。陶器や紙のような白さにはできません。また、治療し詰めた物や、被せた物の色は変化しません。これらの色が異なって見えるようになりますので、目立つ場合は詰め直しなどの処置が必要になります。

※ ホワイトニング処置は個人によりその効果が異なり、全ての方が必ずしも現在の状況から改善されるという保証はありません。抗生物質による変色や神経がない歯、金属による変色など、変色の原因によって色調の改善が見込めないこともあります。

※ ホワイトニング効果の持続期間は、変色の原因および生活習慣によって異なりますが、定期的に来院し、クリーニングや追加のホワイトニングなどをお受けいただくことにより、白さを保つことができます。

※ ホワイトニングにより、知覚過敏、歯肉の熱感、粘膜の潰瘍、歯の痛みなどを生じる可能性があります。これらは一時的なもので通常数日で戻ります。

※ すでに知覚過敏の傾向にある場合、ホワイトニングを行うことでさらにしみる可能性があります。

※ ホワイトニングを行う歯に虫歯や歯周病がある場合、ホワイトニングができない場合があります。この場合は治療を優先してください。

※ お顔の美容施術を行った直後は、ホワイトニングができない場合があります。

※ 下記の疾患がある方は、ホワイトニングができない場合があります。膠原病、無カタラーゼ血症(高原氏病)、喘息、ヘルペス、光線アレルギー、心臓疾患(ペースメーカー使用)、顎関節症

※ 妊娠中、授乳中、また妊娠の可能性の高い方はホワイトニングを控えさせていただきます。

※ 現在、何らかの病気で治療中の方は、歯のホワイトニングが可能かどうか主治医に確認してください。

※ ホワイトニングを行うと、歯の表面に白い点や帯が現れることがあります。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。数日経つと周りに馴染みませんが、それでも気になる場合は歯科医師、歯科衛生士にご相談ください。

※ 下記の薬剤を服用中の方は、ホワイトニング用ライトにより、発疹や掻痒感、口腔周囲の粘膜の腫れや痛みが伴う可能性があります。

向精神薬、筋弛緩薬、抗ヒスタミン薬、抗菌薬、抗真菌薬、消炎鎮痛薬、降圧薬、抗糖尿病薬、風疹治療薬、抗腫瘍薬、白血病治療薬、高脂血症治療薬、前立腺肥大治療薬、光化学治療薬、抗リウマチ薬、ビタミン剤、クロレラなど