

銀座デンタルホワイト・ホワイトニング同意書（オフィスホワイトニング）

※未成年（18 歳未満）の方は保護者様の同意が必要となります。

こちらの同意書にご署名のうえ、受付時にご提出ください。

- ☐ 1. 銀座デンタルホワイトは医療機関ですので、必要な個人情報をお聞きしております。これらの情報はご利用者の確認・紹介の為に使用いたします。また施術において必要な情報を同一法人内において共有することがございます。お客様の個人情報を法律に基づき開示が義務づけられる場合やご希望される治療を行うために協力医院に対して開示するなどの特別な事情がない限り、お客様の許可なしに第三者に開示・提供致しません。また、同一法人内においても、この同意書が適用されます。
- ☐ 2. 歯のホワイトニングは歯科医療行為です。
- ☐ 3. 以下の方は、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
- ☐ 4. 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。
- ☐ 5. 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。
- ☐ 6. 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。
- ☐ 7. 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。
- ☐ 8. 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。
- ☐ 9. 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。
- ☐ 10. ホワイトニングにおいて6、7、8、9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。
- ☐ 11. 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ンテナンスを行う事をお勧めいたします。
- ☐ 12. 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。
- ☐ 13. 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。

以上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をご希望される場合は、

すべての項目に☑とご署名をお願い致します。

年 月 日

ご署名_____

保護者ご署名_____※未成年の方は保護者の同意が必要となります。

同一法人内においても、この同意書が適用されます。

医療法人社団 裕久会

銀座デンタルホワイト 歯科診療申込書・同意書

※ 未成年（18歳未満）の方は治療を行うにあたり、保護者様の同意が必要となります。
こちらの同意書にご署名のうえ、受付時にご提出ください。

記入日 西暦 年 月 日

治療名 / 審美歯科

ご住所
〒 —

電話番号

(ふりがな)
ご本人氏名 (男性・女性)

生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)

※保護者記入欄

<保護者氏名、連絡先>

保護者氏名 ご本人との関係

住所 〒 —

電話番号

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で歯科治療を受けることに同意いたします。

※保護者記入欄は必ず法定代理人本人が記入してください。
※法定代理人は、親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。
※法定代理人の方へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、ご連絡可能な番号をご記入ください。

西暦 年 月 日

ご署名

保護者ご署名 ⑥ ※未成年者の方は保護者の同意が必要となります。