

## 受診同意書

私は、保護者等の法定代理人の代表者として下記の「ご同意事項について」を確認の上、本書面記載の本人（未成年受診者）の歯科矯正治療受診に同意します。

\*必ず保護者（保護者・法定代理人）がご記入ください

保護者（親権者・法定代理人）

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

連絡先 \_\_\_\_\_

本人（未成年受診者）

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご同意事項について

- ・ 歯科矯正治療は不正咬合を主とした歯科疾患の治療を目的とするものであり美容目的で行わないことに同意します（当院では虫歯の治療などは行っておりません）
- ・ 歯科矯正治療は厚生労働大臣が認める疾患を除き自費診療となり検査など今後の治療全てにおいての受診には費用が発生する事に同意し、治療費の支払いを速やかに行うことに同意します

治療に関する同意の範囲（必ず確認し希望項目に捺印またはサインをしてください）

- ① 相談のみにとどめ、治療開始希望時には次回保護者同伴にて再度相談を希望します
- ② 相談の後、本人（未成年者受診者）の希望により治療を開始することを希望します  
治療方針などについては後日保護者同伴にて治療内容の説明等を希望します
- ③ 相談の後、本人（未成年者受診者）の希望により治療を開始することを希望します  
今後も保護者の同伴は困難な為、矯正治療の開始を希望します。

矯正治療開始にあたり相談の後検査が必要となります。②、③の場合相談当日に検査料 ¥40,000-+消費税が必要となりますのでご用意ください。お持ちでない場合にはご希望があっても検査は行えません。

## 受診同意書（記入例）

私は、保護者等の法定代理人の代表者として下記の「ご同意事項について」を確認の上、本書面記載の本人（未成年受診者）の歯科矯正治療受診に同意します。

\*必ず保護者（親権者・法定代理人）がご記入ください

保護者（親権者・法定代理人）

ふりがな なかや たろう  
氏名 仲谷 太郎 (印)  
住所 〒177-0033 東京都練馬区高野台1-6-7-2F  
生年月日 昭和・平成 42年 5月 21日 年齢 54 歳  
連絡先 03-5372-1888

本人（未成年受診者）

ふりがな なかや きょうこ  
氏名 仲谷 矯子  
住所 〒 同上  
生年月日 平成・令和 19年 1月 1日 年齢 18 歳

記入日 令和 3年 5月 21日

ご同意事項について

- ・ 歯科矯正治療は不正咬合を主とした歯科疾患の治療を目的とするものであり美容目的で行わないことに同意します（当院では虫歯の治療などは行っておりません）
- ・ 歯科矯正治療は厚生労働大臣が認める疾患を除き自費診療となり検査など今後の治療全てにおいての受診には費用が発生する事に同意し、治療費の支払いを速やかに行うことに同意します

治療に関する同意の範囲（必ず確認し希望項目に捺印またはサインをしてください）

- ① 相談のみにとどめ、治療開始希望時には次回保護者同伴にて再度相談を希望します
- ② 相談の後、本人（未成年者受診者）の希望により治療を開始することを希望します  
治療方針などについては後日保護者同伴にて治療内容の説明等を希望します
- ③ 相談の後、本人（未成年者受診者）の希望により治療を開始することを希望します  
今後も保護者の同伴は困難な為、矯正治療の開始を希望します。

矯正治療開始にあたり相談の後検査が必要となります。②、③の場合相談当日に検査料 ¥40,000-+消費税が必要となりますのでご用意ください。お持ちでない場合にはご希望があっても検査は行えません。

この部分の捺印も忘れずに