

診療同意書

私は、以下のことに同意の上、医療法人満月会で治療を受けることに同意します。

- ・治療について、あり得るリスクと治療の意義について、医師またはスタッフから説明を致します。そのことにご納得頂きました場合のみ診療をお受けください。
- ・医療行為は全て、100%の成功率というものは無く、初期の予想とは違う、不十分な結果になる可能性が有ります。成功率が低いことがありうる=チャレンジ、などとDr.に言われたものはとりわけ成功率は低くなります。
- ・もとより、与えられた条件内での最善の努力を致しますが、病態や個別の事情、予期せぬ生体の反応等により、期待通りの結果が十分には得られない場合もあり得ることを、何卒ご承知頂きたく平にお願い申し上げます。
- ・また、大変申し訳ないことではありますが、治療の成功の可否については、その如何に関わらず、治療に関する金銭等は、結果を保証するものでは無く、払い戻しや、無償でのやり直しには応じられません。とりわけ保険診療内の治療は、厚生労働省療養担当規則により、規定通りの患者様御負担をお願い致したく存じます。
- ・補綴及び、矯正に関するものについて、別途保証規定を設けた場合はそちらを優先致します。
- ・当方の予測よりも良好に推移することもありますし、反対に予期せぬ不良な経過を辿る場合も残念ながら有ります。誠意を持って対処致しますが、上記のこと等に関しまして何卒ご了解頂きたく存じます。
- ・治療はとくに、特段の相互信頼をもとに行われることを理想としておりますが、不十分な信頼関係のまま行わざるを得ない場合も残念ながらあり得ます。また特に信頼関係が著しく構築出来ない場合、あるいは無くなってしまったと当方が判断した場合は、トラブルの原因となりますので、診療はお断りさせて頂く場合が有りますことを、何卒御了承頂きたく存じます。
- ・ご予約の日時につきましては、稀に御変更を頂く場合が御座いますので何卒ご了承ください。また、極力お待たせしないようにしておりますが、誠に勝手ながら、お約束の時間からお待たせする場合も御座います。平にご容赦頂きますようお願い致します。
- ・ご予約の日時につきましては、まことに勝手では御座いますが、お遅れになりませんようお願い致します。度重なる場合はご予約をお取りしにくくなる場合も御座います。また診療が1時間以上のご予約の場合は、とくにキャンセルの場合は48時間前（診療時間内）までにご連絡頂けない場合は違約金を頂く場合も御座いますのでご注意くださいと存じます。
- ・当院は特に、病態の再発を繰り返さないためにも、予防型の歯科医院としての特徴を持っています。ご理解頂けない場合は診療をお断りさせて頂く場合も御座います。何卒ご理解頂きたく宜しくお願い致します。

以上

患者様 御署名 () (未成年の場合は保護者様氏名)
担当歯科衛生士署名 ()
担当歯科医師署名 ()
署名年月日 (西暦 年 月 日)