（資料3）

#### 治療同意書

この同意書は、治療の内容・目的・予想される結果やリスクなどについてご理解いただいたうえで、安心して治療を受けていただくためのものです。十分な説明を受け、ご納得いただけた場合にご署名ください。

1. 治療内容

治療部位：治療内容：

1. 説明を受けた内容（チェック欄）

以下の内容について、説明を受け理解したものにチェックを入れてください。

口治療の目的·方法

口治療による効果と限界

口想定される副作用·合併症（痛み・腫れ・出血など）口他の治療法の有無・無治療のリスク

口費用（保険／自費の違いを含む）口治療中に計画が変更される可能性

患者氏名（署名） ：

署名日： 年＿＿月＿＿日

（未成年の場合）

保護者氏名：

続柄：

担当歯科医師： ＿

説明日： 年＿＿月＿＿日

※通常、医療行為の同意馨は、その医療行為を受けるか否かを決定する患者の自己決定権に基づいて、患者が医療同意をしたことを確認するために作成されるものと考えられます。そのため、実施が予定されている個別の医療行為ごとに具体的な治療行為の内容、使用する薬、副作用、合併症その他治療行為に伴う危険等が記載された同意書を作成する必要があります。