

## 未成年者のホワイトニング施術についての同意書兼依頼書

下記をご覧いただき内容を十分に理解された上でホワイトニング治療を希望される場合は、全ての項目に✓を入れていただき本書末尾にご署名をお願いいたします。18歳未満の方は親権者様のご同意が必要です。こちらの同意書にご両者様とも必ず直筆にてご署名のうえ来院時にご提出ください。

1. 当院のホワイトニングは歯科医師による歯科医療行為のため、必要な個人情報をお知らせいただいております。これらの情報は個人情報保護法に基づき開示が義務付けられる場合など特別な事情がない限り、ご同意なしに第三者に開示・提供いたしません。
2. 下記に該当する方は施術をお受けいただけません。
- ・15歳未満の方
  - ・妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性が高い方
  - ・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)
3. 下記に該当する方は施術をお受けいただけない場合がありますので、事前にお申し出ください。
- ・光過敏症のかた
  - ・重度の虫歯や歯周病、象牙質露出の歯がある方
  - ・口角炎、口内炎など口内や口周りに傷やできものがある方
  - ・咳、くしゃみなど風邪の症状がでている方
  - ・顔面の治療(美容整形・脱毛・レーザーなどの美容医療・口腔外科・耳鼻科・整形外科・レーザーシックなど)を1ヶ月以内に受けた方
4. オフィスホワイトニングは、医院で行うホワイトニングであり、ホワイトニング効果のある薬剤を歯の表面に塗り光を当てて色素を分解します。
5. ホームホワイトニングはご都合のよい時間にご自宅などで行うホワイトニングです。お客様専用のマウスピースにホワイトニング効果のある薬剤を入れて装着します。装着時間は医院の指示を厳守してください。
6. 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。その効果には個人差があります。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り異なり定期的なメンテナンスをお勧めします。また黄ばみの濃い方は複数回のご来院で段階的に歯を白くしていく場合があります。
7. ホワイトニングにより、歯の痛み・知覚過敏・唇や歯肉のほてり感・口腔粘膜の白変・潰瘍・腫脹などが生じることが稀にありますが一時的なもので自然治癒します。知覚過敏が重度の場合、症状が悪化することがありますので事前にご相談ください。
8. 過去に治療した詰め物や被せ物の色調は変化しません。歯の色が明るくなることで色調の違いが気になる場合はそれらの治療をやり直す必要があります。

9. ホワイトニングを行うと歯の表面に白い斑点や帯状の模様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協調されたものです。数週間～数ヶ月でまわりに馴染みますが、それでも気になる場合はご相談ください。

10. 現在、何らかの病気で通院中の方や服薬中の方は、歯のホワイトニングが可能かどうか主治医にご確認ください。

年 月 日

未成年者(申込み者)様ご署名: \_\_\_\_\_

親権者様ご記入欄 ※必ず親権者様の直筆でお願いいたします。

私は本書面を確認し、その内容を理解した上で申込み者がホワイトニング施術を受けることに同意します。

年 月 日

親権者様ご署名: \_\_\_\_\_

ご連絡先 (TEL): \_\_\_\_\_

当該未成年者様との続柄: \_\_\_\_\_