

## 治療の同意書

Ala Moana Dentistry  
Dr. Keiko Watanabe

### 薬・薬物療法：

私は、抗生物質、鎮痛剤、麻酔薬、および他の薬物療法が、かゆみや痛み、赤みや腫れなどのアレルギー反応を起す可能性があることを理解しています。私は、自分のアレルギーについてすべて医師に説明しました。

### 歯科麻酔のリスク：

私は、麻酔により、痛みやあざ、麻痺などが一時的、または永久的に舌や唇、頬などの顔の一部に起こる可能性があることを理解しています。これらのケースの約 90%は 8 週間以内に自然に治癒しますが、まれに専門医による診断や治療が必要な場合もあります。

### 充填（詰物）：

私は、歯の状態によっては、実際の治療が治療計画と異なる場合があることや、歯の切削後には歯が温度に対して非常に過敏になり、根管治療が必要になる可能性があることも理解しています。そして、充填物は“永久的”なものではなく、通常定期的に定期的に修復または、冠（クラウン）が必要になる事も理解しています。

### 歯周病：

歯周病は歯茎の炎症や歯槽骨の吸収を引き起こし、歯の喪失を招く可能性があります。歯周病治療の成功の多くは、医師の指示に基づいた、私自身の継続的なホームケアと歯科医院での定期的なクリーニングが重要であることを理解しています。また、専門医による治療が必要となる可能性も理解しています。

### 治療計画変更の可能性：

私は、検診の際は明らかでなかった部位、または治療中に新たに認められた歯や歯茎の状態などにより、治療計画が変更になる可能性があることを理解します。私は適切な治療が行われるにあたり、医師に専門的判断の権限を認めます。

私は、歯科治療とは厳密な科学ではなく、必ずしも予測された結果を保証することはできないことを理解しています。私が承認した歯科治療に関しても、そのような保証はないことを認めます。そして、提案されていた治療計画や料金が変わる可能性があることも理解しています。

同意：私は、私のすべての質問に対して私の医師に確認する機会があり、それについて理解したことを公認します。以下の私の署名は、治療と麻酔について、そしてそれに伴うリスク及び合併症についての説明を受け、理解したことを意味します。私は、自ら選んだ治療により、これに同意します。

患者・保護者サイン \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

承認者サイン \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_