

矯正歯科治療契約書

患者さん	
------	--

と、矯正歯科医院（以下「医院」を称す）：

開設管理者：

矯正歯科治療を主に担当する歯科医師：

（以下「担当矯正歯科医師」を称す）

とは、矯正歯科治療にあたり、次のことを互いにお約束します。また、矯正歯科治療に関する医療者側の責任は、担当矯正歯科医師と医院の開設管理者の双方にあることを確認します。

1 治療内容

担当矯正歯科医師が患者さんに行う予定の治療内容は、次のとおりです。ご不明の点はいつでも担当矯正歯科医師にお尋ねください。

主訴	
診断名	
主な不正咬合の状態	
<p style="text-align: center;">治療段階別 矯正歯科治療の</p> <p>1. 治療目標</p> <p>2. 治療計画と方法</p> <p>3. 予測治療期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 成人治療等で段階別治療ではなく、一括治療の場合には【第2期治療】に記載。 ● 手術適応になる可能性が極めて少ないがある場合には【その他の段階】に記載 ● 部分矯正歯科治療の場合には、【第1期治療】に「部分矯正歯科治療」と明記して記載。 <p>4. 予測保定期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 積極的に歯列の移動を行った後に、その状態を保つために行うメンテナンス期間 	<p>【第1期治療：<small>早期治療、部分治療のみの場合</small>】治療目標：</p> <p>治療計画と方法：</p> <p>予測治療期間：</p> <p>予測保定期間：</p> <p>【第2期治療：全体的治療】治療目標：</p> <p>治療計画と方法：</p> <p>予測治療期間：</p> <p>予測保定期間：</p>

	【その他の段階】治療目標：
	治療計画と方法：
	予測治療期間：
	予測保定期間：

2 治療によって心配される不具合や、治療後に予想される事柄

矯正歯科治療中に下記の不具合が生じることがあります。このような状態が生じた場合には、担当矯正歯科医師はその内容及び程度と、以後の対応について説明します。

- 口腔衛生状態の悪化に伴う新たな白濁・脱灰・う蝕の発生
- 歯が重なっていた場所に隠れていた白濁・脱灰・う蝕部位が現れること
- 歯肉の炎症。特に口腔衛生状態の悪化に伴う歯肉炎
- 歯の隣接面の歯間空隙（ブラックトライアングル）
- 装具が口腔粘膜に接触することによって起こる炎症
- わずかな歯根吸収、歯の咬耗・摩耗、顎関節症状、不定愁訴

その他特記すべき事：

3 料金について

<p>矯正歯科治療の費用</p> <p>■金額は全て税込金額で表記する</p> <p>■初診もしくは診断時点での税率で金額を表記する</p> <p>■消費税改定があった場合には、消費税率は支払い時点での税率を適用する</p> <p>■前納基本料金を精算返金する場合には、預かった時点での消費税で計算して返金する</p>	初診相談料金：	
	精密検査料金：	
	診断料金：	
	基本料金（基本治療費見込み総額）：	
	第一期治療基本料金額：	
	第二期治療基本料金額：	
	その他：	
	処置料金：	
	定期観察・診察料金：	
	保定料金：	
その他の料金：		
矯正歯科料金の支払い手段	窓口現金払い・指定口座振込・クレジットカード払い 銀行口座からの自動振替	

お支払いの方法（一括・分割）及び、お支払い予定時期に関しては、協議の上決定しましたら別紙支払い予定表をお渡しします。お支払い途中でも、お支払いの方法・手段の変更は可能です。ご希望の場合にはお申し出ください。

4 治療に関する説明、及び、セカンドオピニオン（他の歯科医師への求意見）について

- 4-1 矯正歯科治療を行う医院・担当矯正歯科医師は患者さん及び保護者に対して、治療前、治療中、治療後に、その都度分かりやすく状況を説明します。疑問点、不明点がありましたら遠慮なくお尋ねください。
- 4-2 患者さんは、疑問に感じることがある場合、心配になったことなどがある場合には、いつでも、遠慮なく担当矯正歯科医師にご質問ください。
- 4-3 患者さんがセカンドオピニオンを受けたいと思ったときには、遠慮なく、担当矯正歯科医師にお

申し出ください。希望に応じて、診療情報提供書を作成します。費用は 円（税込）です。

4-4 患者さんは、治療中、いつでも自分のカルテやレントゲン写真をご覧いただけます。また、ご希望があれば、カルテ等の診療記録のコピーをお渡しします。費用は原則として実費となり、一枚 円～ 円（税込）です。ご希望の場合には別紙の申請書をご提出ください。なお、コピーのお渡しには 日程度のお時間をいただきますので、ご了承ください。

5 治療に必要な指導を守っていただくこと

患者さんは、担当矯正歯科医師やスタッフから受けた指導（歯磨きや矯正歯科装置の装着、その他、治療に必要な事項についての指導）を守ってください。患者さんが指導に従っていただくことで治療がスムーズに進みます。何かの事情で指導を守れなかった場合などは、担当矯正歯科医師やスタッフにご相談ください。

6 予約した日時に受診していただくこと

患者さんは、予約した日時に受診してください。受診できない事情があるとき、または、遅参する場合には、必ずご連絡を御願います。ご連絡いただけないときには、医院からご連絡させていただくことがあります。

7 治療内容の変更

治療が開始された後、当初予定した上記1記載の治療内容の変更が必要になることがあります。この場合には、担当矯正歯科医師は、患者さんに変更の理由、変更内容、変更に伴う治療費の増減等について説明し、あらためて、変更後の治療内容について、患者さんと新たな契約もしくは変更箇所の確認書を締結します。

8 治療の中止、転医について

8-1 患者さんは治療を中止することができます。ただし、治療を中止された時には、後戻り反応や別の咬合不良誘発など患者さんの健康上における不都合が生じる場合がありますので、よく担当矯正歯科医師の説明を受けて判断してください。

8-2 治療が中止となったときには、医院・担当矯正歯科医師は以下のとおり矯正歯科基本料金を精算します。

- i 費用が全額支払い済みの場合には、それまでの治療経過に応じて一部を返金します。
- ii 費用の未払いがある場合には、それまでの治療経過に応じて請求させていただきます。
- iii 治療費精算の基準は、「公益社団法人日本臨床矯正歯科医会治療費精算の目安」（または公益社団法人日本矯正歯科学会倫理規程）に基づきます。

8-3 患者さんから転医の希望があれば、担当矯正歯科医師は他院に宛てた診療情報提供書（当初の診断内容、診断根拠となった資料、治療経過を示すデータ）を作成します。費用は、 円（税込）です。転医先では、転医時点での状態を把握するために改めて検査を行うことがあります。また、各種料金に関しては転医前と転医先で治療過程が重なる場合もありますし、治療方針・方法が変更になる場合もありますので転医前の残額費用がそのまま転医先に引き継がれない場合もあります。転医先での費用については、転医先で詳しく説明を受けてください。

9 治療の終了

9-1 上記1記載の保定期間が満了したとき、又は、治療が完了したときに治療は終了します。

9-2 患者さんが最後に受診した日、あるいは、受診を予約された日から、何の連絡もいただけずに1年を経過したときには、矯正歯科治療契約は終了となります。契約が終了となった場合には、上記8-2に従って矯正歯科基本料金を精算します。

9-3 上記2に基づき終了したものの、その後、患者さんから治療再開の希望をされた場合には、上記9-2の日から申し出のあった日までの期間に生じた状態について担当矯正歯科医師は患者さんに説明し、再開するに当たって当初の治療計画との相違点が生じている場合には、その旨を説明します。同時に、治療内容・治療費に変更が生じる場合には、改めて治療内容・治療費の変更点

に関してご説明し、患者さんが確認されてから治療を再開します。再開を希望された場合には記載の保定期間が満了したとき、又は、治療が完了したときに治療は終了します。

- 9-4 担当矯正歯科医師が、病気、怪我、死亡等によって治療を継続できない状況になった場合には、矯正歯科治療契約は終了となります。契約が終了となった場合には、上記8-2に従って矯正歯科基本料金を精算します。

10 治療の中断

- 10-1 患者さんが病気や怪我などで一時的に通院できなくなったとき、または、海外転居などで一時的に装置を外して帰国後に治療を再開することを望まれる場合などでは、治療を一時中断（お休み）することができます。中断しなければならぬ状態が解消したときには担当矯正歯科医師は治療を再開します。
- 10-2 治療中断の場合には、患者さんは医療契約を解消せず、その時点で治療の進行状況を超えた部分の治療費は「預かり金」として精算返金を受け取らずに医院に預け置くことができます。

11 保定と後戻りについて

- 11-1 患者さんは、上記1記載の保定期間中には指示された保定装置を必ず使って下さい。
- 11-2 上記11-1記載の保定期間を過ぎた後に不都合な症状が生じた場合（後戻り等）には、担当矯正歯科医師に相談して、状況の説明と、それに対しての方針、方法についての診察を受けてください。必要であれば担当矯正歯科医師から、再治療もしくは治療継続を提案される場合があります。再治療、治療の継続に関する費用については別になる場合がありますので、患者さんは担当矯正歯科医師の再度診断を受けて、書面での説明を受け同意の確認を行ってください。

12 その他特記すべき事項

患者さんと医院、担当矯正歯科医師は、本日、上記を確認して、互いに記名押印（もしくは署名）し、それぞれ1通を所持します。

患者さんが未成年の場合または生計が独立していない場合には、保護者の方の署名もお願いします。

年 月 日

患者さんの氏名	印
患者さんの住所	
保護者の氏名 患者さんとの関係	印 (続柄:)
保護者の住所	

矯正歯科医院の名称：

住所：

開設管理者名：

担当矯正歯科医師：