

# ホワイトニング同意書

年 月 日

・お名前 \_\_\_\_\_ 様 ・カルテ No. \_\_\_\_\_ ・説明者 \_\_\_\_\_

今回は、下記の治療をしていきます。

**オフィスホワイトニング¥30,000 ・ ホームホワイトニング上下¥30,000**

(オフィスホワイトニング平日 13~15 時 ¥15,000)

ホームホワイトニングはマウスピース型取り時に ¥15,000 マウスピースお渡し時に ¥15,000

治療開始後、患者様のご都合による返金は一切承りません。

## きらら歯科院長殿

私は、ホワイトニングを受けるにあたり、治療内容、潜在的なリスクについて担当医より十分な説明を受け、説明内容を十分に理解、確認し同意致しました。また治療費及びその納入方法についても承諾し、ホワイトニングを受けることに同意致しましたので、  
実施する事を 承諾します。 承諾しません。(いずれかにチェックをお願いします)

受診者様 氏名	印 サインでも可

尚、18 歳未満の方は親権者の同意が必要となります。

私(親権者)は、受診者(未成年者)がホワイトニングを受けることに同意致しましたので、  
実施する事を 承諾します。 承諾しません。(いずれかにチェックをお願いします)

親権者 氏名	印 サインでも可
続柄	

今回の治療に関する症例写真・模型等を、勉強会・学会発表・ホームページなどに使用させていただく事にご了承いただけますか？ 使用する事を 承諾します。 承諾しません。(いずれかにチェックをお願いします)