

未成年者の矯正治療についての同意依頼書兼同意書

患者様

患者様のご親権者様

この度は、矯正治療のご相談にお申込み頂き、ありがとうございます。

患者様は、未成年でいらっしゃいますので、ご親権者様のご同意を頂いてのお申込みをお願いしております。※

この点、当医院の矯正の検査・矯正治療は未成年者様でもお受けいただける内容ではございますが、歯並びの状態だけでなく、歯茎の中の状態や発育中の顎の状態などを診させていただきます。

つきましては、レントゲン検査なども検査には含まれます。

以上についてのご確認及びご理解をいただいた上で、本書末尾に、患者様及びご親権者様のご署名・捺印をお願い申し上げます。

※尚、高校3年生以下の患者様は一人でのカウンセリングは受けかねます。

ご親権者様とご同伴頂くか、ご親権者様のご来院が難しい場合は、テレビ電話等と一緒にカウンセリングをお受けいただくようお願い致します。

【医院名

】御中

私は、本書を確認し、その内容を理解した上で、矯正の検査・矯正治療を受けることに同意します。

未成年者（申し込み者様）ご署名

※ご親権者様ご記入欄 ※必ずご親権者様の直筆でお願い致します。

私は、本書を確認し、その内容を理解した上で、申込者が矯正の検査・矯正治療を受けることに同意します。

年 月 日

ご署名 ④

連絡先（TEL）

当該未成年者様との続柄