



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

担当矯正歯科医師は、患者さんに下記の内容をわかりやすく説明し、患者さんは理解、納得なされたら確認のために、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、保護者の方の確認・署名もお願いします。。

主訴	
診断名	
主な不正咬合の状態	
治療段階別 矯正歯科治療の 1. 治療目的 2. 治療計画と方法 3. 予測治療期間 ● 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 4. 予測保定期間 ● 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	【第1期治療：健康保険適用の可能性（有・無）】 治療目標： 治療計画と方法： 予測治療期間： _____ 予測保定期間： _____
	【第2期治療：健康保険適用の可能性（有・無）】 治療目標： 治療計画と方法： 予測治療期間： _____ 予測保定期間： _____
	【その他の段階治療：健康保険適用の可能性（有・無）】 治療目標： 治療計画と方法： 予測治療期間： _____ 予測保定期間： _____
	治療に伴い生じる不都合等：治療中には患者さんは自己の口腔衛生状態を良好に保ってください。それでも、新たな白濁・脱灰・虫歯が見つかる場合があります。また、歯肉炎、歯の隣接面歯茎側の歯間空隙（ブラックトライアングル）、歯根吸収、歯の咬耗・摩耗、顎関節症状等が生じる場合、装具が口腔粘膜を傷つける場合、歯列内にスペースが残存する場合、歯冠の形態修正が必要な場合、または、その他、矯正歯科治療に付随した不具合が生じる場合があります。 その他特記すべき事項：

20 年 月 日

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

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：