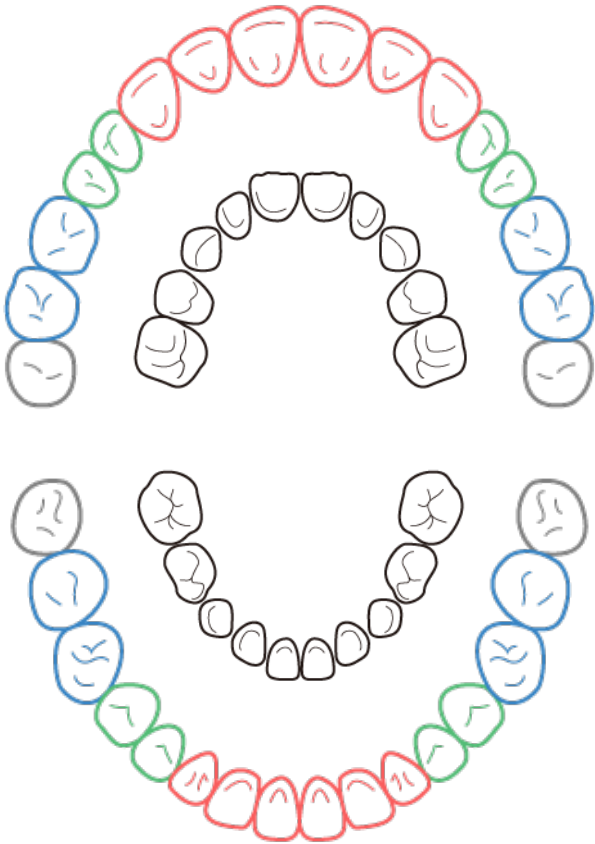


未成年者治療同意書



☐麻酔が必要になった場合使用することを許可します。

☐虫歯が大きかった場合神経を取る治療になる場合があります。

☐抜歯が必要な歯があれば抜歯します。

☐必要に応じてレントゲンを取る場合があります。

☐薬の処方をさせていただく場合がございます。薬のアレルギーがある方は下記に記入をお願いします

保護者様から当院に伝えておきたいことがございましたら記入をお願いします

※未成年の治療に関するトラブルを未然に防ぐ為皆様に同意書をお渡ししています。

※治療当日に保護者の同伴か、同意書の提出をお願いしております。

※保護者不在で同意書をご持参いただけない場合、当日の治療はできませんのでご了承ください。

保護者名 (18歳未満の方は、保護者の方の同意が必要です)

治療を受ける方のお名前