

【 患者様用 】

インプラント術をお受けになる患者様へ ～治療計画および見積書～

ID	氏名	昭和 年 月 日 () 生
----	----	----------------

- * 下記の治療計画に基づき、治療費をお見積りしました。ご不明な点はお尋ねください。
- * 準備の都合上、当日キャンセルの場合は、理由の如何に関わらずキャンセル料として5,000円請求致します。
- * 下記の治療費の他に、レントゲン費用・手術前の血液検査料・手術後のインプラント部分の管理料については別途、実費でお支払いいただきます。
- * 治療の進行具合によっては治療計画および見積り金額に変更が生ずることがあります。

インプラント植立部位

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(0) 本
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

治療費の内訳：数回に分けてお支払いいただく予定です。(料金表示はすべて税込み)

●検査後の説明の際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> 精密検査および診断料 <input type="checkbox"/> 診断用模型作成 <input type="checkbox"/> 単純X線撮影 <input type="checkbox"/> CT-X線撮影 <input type="checkbox"/> 治療計画	円

●一次手術（インプラント植立）の際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> 一次手術（インプラント植立）料 <input type="checkbox"/> インプラント植立 (0) 本 <input type="checkbox"/> 骨造成術 <input type="checkbox"/> サイナスリフト	0 円

* 治療促進の為、血液を採取し遠心分離器で血餅を作り、創部に戻すことがあります（再生医療）。

●かぶせ物を装着した際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> インプラント植立後の手術料 <input type="checkbox"/> 二次手術料 <input type="checkbox"/> 粘膜移植術料	0 円
<input type="checkbox"/> 治療期間の管理料 <input type="checkbox"/> 暫間補綴物（仮の歯）作成・装着料 <input type="checkbox"/> 上部構造システム（土台）の材料費 <input type="checkbox"/> 精密印象（型採り）	0 円
<input type="checkbox"/> 補綴物（かぶせ物）の料金 <input type="checkbox"/> 補綴物の作成・装着料 <input type="checkbox"/> 装着後の管理指導料	0 円
(小計)	0 円

見積り額	円 (税込み)
------	---------

作成日 平成 年 月 日	担当歯科医師
--------------	--------

*まとまった金額を請求する場合、こちらから前もってお知らせいたします。万が一、請求当日にお支払いいただけない場合は、事務部経理課にて煩雑な手続きを要します。ご理解とご協力をお願いします。

再生医療等をお受けになる患者様へ

当科ではインプラント術、歯槽堤形成術、顎嚢胞の治療などにおいて、再生医療等を実施しています。

【当科で実施している再生医療等とは】

患者様ご自身の血液を遠心分離機にかけ、血餅をつくり創部に戻したり、シート状にして創部にかぶせたり、砕いた骨と混ぜて創部に戻したりする治療のことをいいます。血餅には血小板が豊富に含まれて、創傷治癒促進や骨再生に効果があるといわれています。

以前行われていた特殊な採血や、血液を凝固させるのに動物由来の物質や塩化カルシウムを使用していた治療と比べると、通常の採血管と遠心分離機で作成でき、凝固剤も必要としないため、安心な治療といえます。

術後の経過として腫れ等が生じることがありますが、回復します。今回の治療によって重篤な副作用が出現することはありませんが、もし何らかの副作用が生じたときは適切に対処いたします。

【再生医療を受けることについての同意と拒否について】

この治療をお受けになることに同意していただける場合には、同意書（別紙）にサインをお願いいたします。また、サインの後でも同意撤回は可能です。同意撤回により不利益な取り扱いを受けることはありません。

【個人情報の取り扱いについて】

今回の治療で得られたデータは今回の治療以外に使用されることはありません。また、個人情報が外部に漏れることのないよう院内の規定に従って細心の注意を払っております。

総合病院国保旭中央病院
歯科・歯科口腔外科

インプラント術をお受けになる患者様へ ～同意書～

患者氏名 _____ 様

当院では患者様に安心してインプラント治療をお受けいただくために、十分と考える検査を実施し、その処置内容を検討しております。

「インプラント治療計画および見積書」を作成し、ご説明申し上げます。
同意書はいただきますが、インプラント治療・再生治療に関する撤回は随時可能です。

平成 年 月 日

国保旭中央病院 歯科・歯科口腔外科

歯科医師

同意書

私は、貴科で検査・診断の結果、
作成された「インプラント治療計画および見積書」に基づいての説明を受けました。
その処置内容の計画と費用について十分理解しましたので、貴科でのインプラント治療
に同意します。

平成 年 月 日

住所

氏名

印