



**診療体制説明同意書** 本院の診療をご理解されご同意のうえでご受診ください。

- 1 当院は、患者様からお許しいただいた制限内で患者様のお体にとって最善の治療を行います。暫間的な治療はいたしません。
- 2 診療日時
  - 1) 2日診療 1日休診の3日サイクルで診療を行っております（診療日カレンダーをご参照ください）。
  - 2) 診療時間は、8:30-12:00 と 13:00-17:00 です。
  - 3) 当施設で治療を完結<sup>\*1</sup>された方またはその過程中的の方の緊急時<sup>\*2</sup>は 24 時間対応させていただきます。

\* 1 「完結」とは、当施設が推奨する治療のすべてを行うことを言います。  
 \* 2 「緊急」とは、生活に著しい支障を及ぼす障害が発生し、その発生時に処置が必要な状態を言います。
- 3 安全確保について
  - 1) 歯科医師は AHA 認定 ACLS プロバイダー、他スタッフは AHA 認定 BLS ヘルスケアプロバイダーのライセンスを有しております。心肺蘇生処置必要時には身体や衣類を損傷させることがあります。
  - 2) 局所麻酔を必要とする処置等、医師が必要と判断した場合は、生体モニターを装着させていただきます。
  - 3) 職員の誤刺事故発生時には、患者様の血液検査をさせていただきます。
- 4 各種診療の保証につきましては、適時ご説明申し上げます。
- 5 ご予約に関するご協力をお願い
  - 1) 当施設は、適切な診療前後準備と診療時間確保によって患者様の生命の安全を確保する（医療事故と院内感染対策）ために、完全予約制で診療をしております。患者様におかれましては、ご予約のお時間をお守りくださいますようお願い申し上げます。
  - 2) 診察券に記入されたお時間は、「診療開始時間」です。受診前の準備や移動のお時間をご考慮され、定刻前にご到着ください。定刻前にご到着できない場合や前回の診療から今回の診療までの間に口腔内に変化が生じた場合は、診療内容の変更とお時間の調整をさせていただきますので、事前にご連絡ください。なお、患者様のご都合によりご予約日当日にご予約を変更された場合や患者様のご都合により診療開始時間が遅れ予定の処置が行えなくなった場合には既に準備しておりました機材費用分 1,000 円（税抜）をご負担していただきますこと、また、変化のお申し出をご来院時にされた場合には当日の対処ができませんことをご了承ください。
  - 3) 緊急以外（ご予約のご変更など）のご用件は、診療日の診療時間内にお問い合わせください。
  - 4) 他院をご利用の方、定期検査を受診されていない方、治療を中断された方の緊急時対応は診療時間内の空時間とさせていただきます。
- 6 治療を中断された場合のお取り扱い  
 患者様のご都合により診療を中止または中断されますと、保険制度上次回来院時が初診扱いとなり、全ての診療保証は無効となり、緊急時 24 時間対応制度をご利用になれません。

7 診療費用について

1) 保険適応内診療

医療保険制度で定められた方法で治療いたします。

診療費用は日本全国すべての医院で同価格です。

患者様の負担額は診療総費用の 0-3 割です。

代表的な保険適応内診療と自己負担額（円、目安）	3 割負担の方	2 割負担の方	1 割負担の方
初診（初診、レントゲン撮影、検査）	3,300	2,200	1,100
再診	150	100	50
虫歯の治療（1 歯）	1,200	800	400
歯石取り（6 歯）	660	440	220
金属のかぶせ物（奥歯 1 歯）	6,900	4,600	2,300
白いかぶせもの（奥歯 1 歯）	8,100	5,400	2,700
白いかぶせ物（前歯、1 歯）	6,900	4,600	2,300
入れ歯（1 床）	6,900	4,600	2,300
拔牙 普通	900	600	300
困難	1,500	1,000	500
埋伏	3,300	2,200	1,100
CT スキャン撮影・診断（拔牙のための撮影）	3,600	2,400	1,200
マウスピース（顎関節症の治療器具）	4,800	3,200	1,600



2) 保険適応外診療

身体にとって最善かつ学術的に最良の方法で治療いたします。診療費は各医療機関独自で規定されます。

代表的な保険適応外診療と費用 (円、税抜)	代表的な保険適応外診療と費用 (円、税抜)
<b>診査・診断</b>	<b>インプラント (1本当たりの費用)</b>
診査・診断・相談 6,000	埋入手術 200,000
診断書・文書作成・領収証再発行 6,000	ソケットリフト 20,000
オルソパントモグラフィ撮影・診断 6,000	リッジエキスパンディング 40,000
CT スキャン撮影・診断 (当医院患者様) 16,000	サイナスリフト 60,000
CT スキャン撮影 (他医院患者様) 32,000	ボーングラフト (顎骨、β-TCP、PRP) 20,000
<b>予防</b>	ボーングラフト (腰、膝) 700,000
口腔疾患予防管理処置 12,000	ソリッドアバットメント+フルジルコニア冠 (5年保証) 140,000
<b>虫歯の治療</b>	特殊アバットメント+フルジルコニア冠 (5年保証) 150,000
隣接面を含む奥歯の白い詰め物 32,000	マグフィットシステム 140,000
<b>かぶせ物 (1歯)</b>	上部構造保証5年延長 15,000
フルジルコニア冠 (ダイヤモンド製の歯) 98,000	上部構造修理再装着 (マグフィット含む) 5,400
ジルコニアシェード調整 (色調調整) 21,000	<b>ホホワイトニング</b>
フルジルコニア冠保証 2/5/10年 4,000/10,000/20,000	ホームブリーチ (全歯の総費用) 40,000
フルセラミック冠 (セラミック製の歯) 32,000	オフィスブリーチ (16歯1回の総費用) 30,000
セラミックシェード調整 (色調調整) 21,000	<b>美容形成</b>
フルセラミック冠保証 2/5年 6,000/15,000	脂肪溶解治療 (脂肪溶解剤 10cc) 32,000
仮歯 (1歯) 1,200	咬筋ボツリヌス毒素治療 (~100 unit) 32,000
歯冠補綴物再装着 3,200	ヒアルロン酸治療 Type1 (3か月で吸収) 32,000
<b>矯正</b>	Type2 (6か月で吸収) 53,000
インビザライン 全顎 (治療期間7か月以上) 1,050,000	Type3 (12か月で吸収) 74,000
全顎 (治療期間7か月未満) 530,000~	スレッドフェイスリフト (1糸) 21,000
一部 530,000~	医療アートメイク 32,000~
頬側弧線装置 全顎 (治療期間7か月以上) 740,000	ガムピーリング 32,000
全顎 (治療期間7か月未満) 420,000~	オーラルマニキュレーション 32,000
一部 120,000~	<b>口臭治療</b>
舌側弧線装置 全顎 (治療期間7か月以上) 1,300,000	口臭除去処置 12,000
全顎 (治療期間7か月未満) 1,000,000~	膿栓除去 6,000
一部 300,000~	<b>入れ歯 (1床、保証6か月)</b>
補助装置 矯正用インプラント (1本) 21,000	一般貴金属 300,000
ディスタライザー (1装置) 54,000	チタン 380,000
顎外固定装置 (1装置) 54,000	弾性素材 200,000
矯正装置破損紛失時の再製再装着	義歯装着 7ヶ月以降の調整/修理/裏装 3,200/6,000/12,000
リテーナー (1装置) 12,000	義歯保証 2/5/10年 12,000/30,000/60,000
ブラケット (1個) 3,000	<b>保険適応外診療に関わる服用薬</b>
ワイヤー (1本) 3,000	抗菌性物質+鎮痛剤 3,200
矯正治療のための便宜抜歯 (1歯) 7,500	<b>保険適応外診療に関わる外用薬</b>
埋伏歯の矯正抜歯 (TAD含む) 120,000	リップ美容薬 8,000
<b>小児矯正/咬合誘導</b>	コンクールF 1,000
第1期 (第一大臼歯萌出完了時 1,2,6番の矯正) 165,000	コンクールジェル 1,000
第2期 (側方歯群萌出完了時 1-6番の矯正) 500,000	CIO <sub>2</sub> ジェル (30g/80g) 1,000/2,000
第3期 (第二大臼歯萌出完了時 1-7番の矯正) 740,000	キシリトールガム 1,000

年 月 日

説明職員

(自署)

同席職員

(自署)

医療法人社団添田グループ理事長 殿

私は上記の説明を受け質問の機会とその回答を得ました。その結果、説明された内容を理解し納得しましたので同意し治療を希望します。

年 月 日

患者様本人

(自署)

親族/代理人

続柄

(自署)