

審美用マウスピース同意書

この度は審美用マウスピース制作を行うにあたり、東戸塚OCEAN'S DENTAL CLINICをお選びいただき誠にありがとうございます。以下の内容をよくお読みいただきご理解いただいた上で、各項目ごとにチェックを入れ、本書末尾に必ず直筆にてご署名をお願いいたします。

※20歳未満の方は保護者様の同意が必要となります。こちらの同意書を両者様共によくお読みいただいた上で必ず直筆にてご署名しご来院時にご提出ください。

- 下記に当てはまる方は審美用マウスピースをお作りできない場合がございます。
 - 重度の歯周病および虫歯の方
 - 治療中の歯がある方
 - 矯正中の方
 - 15歳未満の方
 - 欠損歯が多い方。欠損歯が多くなっても部位によって製作できない場合があります。
- 製法や素材の特性上、修理はできません。
- 審美目的時以外は使用しないで下さい。
- 食事時や夜寝る際は絶対に使用しないでください。
- 壊れやすいのでくれぐれも咬みあわさないようにご注意ください。
- 審美用マウスピース使用後は速やかに水道水で洗い、歯磨き粉はご使用にならないで下さい。
- 変形の原因になりますのでお湯での洗浄はおやめください。
- 洗浄後、乾燥が不十分ですとカビが生えてしまいますのでよく乾燥してください。
- いかなる場合も返金はできかねます。

私は本書を確認しその内容を理解した上で申込者が審美用マウスピースを受けることに同意致します。

記入日 : 年 月 日

申込者 :

保護者氏名 :

続柄 ())