

う蝕・歯周病リスク診断（唾液・細菌）検査受診同意承諾書

私は、う蝕・歯周病リスク診断（唾液・細菌）検査について医院側から説明を受け、以下の項目を理解した上で検査を受けることを同意致します。

- 「う蝕・歯周病リスク診断（唾液・細菌）検査」の受診は、むし歯歯周病のリスク管理をしていく上で根本歯科医院では必須検査となります。
- 「う蝕・歯周病リスク診断（唾液・細菌）検査」が健康保険や個人保険の対象外であることを承知しています。（検査・資料料 円）
- 個人情報は、個人情報保護法に従い厳重に管理致します。
- 担当医師に対して得られた歯科医学的データを、検査後の経過観察と医療目的にのみ共有する権限を与えます。

令和 年 月 日

患者氏名

〔18歳未満の場合〕

保護者氏名

（続柄 ）

私は、「う蝕・歯周病リスク診断（唾液・細菌）検査」について患者さんと十分に話し合い、患者さんの質問の機会を持ち、私の知り得る知識に基づいて回答致しました。

根本歯科医院

担当歯科医師

氏名 根本

章吾

印
