

親権者同意書

あすか歯科医院 宛

私は、下記の未成年者が貴院を受診し、歯科医師から十分な説明を受けた上で、
麻酔（局所麻酔）を含む検査・処置・治療を受けることに同意いたします。
また、当日の診療内容、および事後の注意点については、本人（受診者）を通じて、
または必要に応じて電話等で説明を受けることを了承します。

受診者情報

氏名

生年月日：西暦 年 月 日（満 歳）

親権者（保護者）

氏名

印

受診者との続柄

緊急連絡先（電話番号）

※診療中、連絡が取れる番号をご記入ください。

同意する内容 ※ ☒ してください

- ☐ 歯科治療に伴う局所麻酔の使用
- ☐ むし歯治療、抜歯、その他の必要な処置
- ☐ 処方薬（鎮痛剤・抗生剤等）の投与
- ☐ 検査・診断に必要なX線撮影（レントゲン、パノラマ撮影等）

麻酔後のリスク：

麻酔後 2～3 時間は頬や唇の感覚がなくなります。
お子様が誤って口の中を強く噛んだり、火傷をしたりしないよう、
帰宅後にもご注意ください。

アレルギー等：

過去に麻酔や薬で気分が悪くなったことがある場合は、
必ず同意書の余白等に追記してください。

備考欄