**当院での小児歯科治療に際して**

1. 番町アーキッズ☆クラブについて

《 コンセプト 》 健康的で美しい歯や歯並びは、お子様たちへの素敵なプレゼントです。

私達は“かかりつけ歯科医院”として皆様のサポートをしたいと考えております。

《 対　　　象 》 0歳～12歳（小学6年生）までのお子様

《 費　　　用 》 入会金￥1,000　年会費等は頂いておりません

《 特　　　典 》 1. 定期的に来院して頂き、お口の中の汚れのチェック、クリーニング、歯ブラシ

の練習を行います

2. 初診時、または入会時と卒業時にお口の中の状態を写真撮影いたします

3. フッ素塗布をご希望の方は、 ¥3,000（通常 \4,000）とさせて頂きます

4. 入会時にデンタルノートを差し上げます。歯の成長記録を残すことができます

5. 定期健診毎に、シールとプレゼントを差し上げます。シール４枚で特別なプレ

ゼントを用意しています

6. 定期健診時に、唾液中に存在する虫歯菌測定を行います

　＊番町アーキッズ☆クラブへの入会をについて、以下の項目に◯をお付け下さい

**希望する　　わからない（担当医にお任せします）　　希望しない**

1. 小児歯科治療の特性ならびに当院での取り組みについて

私たちは、「患者さんの健康の増進・維持をサポートする医療人として、常に妥協せず、患者さんの立場になって、最新の医療を細心の心配りで提供する」という医療コンセプトを掲げております。

それには、私たちの努力だけではなく、患者さんあるいは保護者の方のご協力も必要となります。特に小児の歯科治療においては健康保険制度上の特別なルールや処置もございますので、以下の点についてご理解をいただけますようお願い申し上げます。

* 1. 初診時ならびに、通院中は月１回の保険証のご提示をお願い致します。
  2. 原則として未就学児（小学校未満）のお子様の通院には保護者の方の付き添いをお願いいたします。
  3. 当院は予約制となっております。遅刻をされますと、後の患者さんにご迷惑をかけてしまうことがございますので、改めて予約を取り直しさせて頂くことがございます。また、予約をキャンセルする場合には必ずご連絡していただけますよう重ねてお願い申し上げます。ご連絡いただかない遅刻やキャンセルがあった場合、次回のご予約をお断りさせていただく場合がございますのでご了承ください。
  4. 適切な医療を提供するため、自費診療（保険適応外の診療）をお勧めすることがございます。その場合には、文書もしくは口頭にてご説明いたします。
  5. 治療上、患者さんの訴える歯以外の治療が必要となることがございます。
  6. 治療の途中で仮歯や仮に詰めたものが外れてしまうことがございます。その場合、理由の如何にかかわらず再診料と治療に係わる治療費が発生いたしますのでご了承ください。
  7. 歯の根の治療や虫歯の治療などを行うと、今まで痛くなかった歯でも、一時的に痛みが出ることがございます。
  8. 歯の病気は、基本的に薬では治りません。適切な診断をし、確実に原因を除去する治療には時間や期間がかかることがございます。
  9. 健康保険制度は病気を治療するための疾病保険で、その適応を受けるには歯科医師の医学的な判断に基づきます。次のような場合健康保険の適応を受けることができないことがございます。①疾病ではない場合、②疾病であっても経過観察で良いと診断される場合。③患児あるいは保護者の方の治療への協力や同意が得られない場合、④号泣などにより治療を中止した場合。⑤健康保険の規定により適切な処置治療と認められない場合。このような場合、初診料（5,000円）や再診料（3,000円）、検査や処置はすべて自費治療となる場合がございます。
  10. フッ素塗布を健康保険で行う場合、カリエスリスクが高い（虫歯になりやすい）小児で、虫歯の本数が多数あり(年齢と本数が決まっています)、継続的な治療が行われ、虫歯の治療が全て完了後に、再発防止を目的としたフッ素塗布が認められています。通常の予防のためのフッ素塗布は保険適応にならず自費治療となりますのでご了承ください。
  11. 当院では小児の治療に際し拘束器具を用いません。必要に応じ、保護者の方にご協力をお願いしております。また、原則として親子分離で治療を行います。治療の説明や協力など以外では診療室外でお待ちください。
  12. 健康保険制度上、当日の診療内容と請求項目に齟齬が発生することがございます。また、医学管理料や指導料など、月毎に計上される診療請求もございますのでご了承ください。
  13. 当院では、より良い医療技術やサービスを提供できますよう、各種研修会や学会に積極的に参加しております。院内で取得されました治療データ（問診表内容や口腔内写真等）は、研究または教育目的のために学会等で発表させていただくことがございます。もちろん、患者さんのプライバシーは厳守されますので使用にご理解を頂きますようお願い申し上げます。

＊以上について

**了承する 　　　了承しない**

ご署名　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

アーク歯科クリニック　番町オフィス

　　　　　院長　　西田　香