

身体抑制同意書（見本）

説明日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

説明医師 _____

患者様氏名（フリガナ） 様	生年月日 年 月 日	ご年齢 歳	性別 男・女
----------------------	-------------------	--------------	---------------

当院では歯科治療が怖くて泣くお子様の治療を積極的に行っております。小児の歯科治療では場合によって身体の抑制下での治療が必要なお子様がいらっしゃいます。それに伴い、『歯科治療に際してお子様の身体を抑制する』ということに対する同意を保護者様に頂く必要がございますので、ご協力の程宜しくお願い致します。

当院から保護者様へ以下の説明を行います。

身体を抑制する理由

- ① 歯科診療時の患者様の急な体動による事故を避ける為
- ② 歯科的に判断して身体を抑制しても治療を行う必要性が認められる

身体を抑制する道具、方法

- ① タオルで身体をくるむ
- ② 患者様の顔面を手で固定する
- ③ 患者様の口を開口させる道具（開口器）を使用する

その他の注意

- ※ 身体抑制下での歯科治療は、患者様の当日の健康状態を把握し、必要によっては血圧、血中酸素をモニターしながら治療を行います。
- ※ 抑制下での歯科治療は、状況に応じて続行することが危険と判断した場合は治療途中で中断することもあります。

二木歯科医院 院長 二木正晴 印

子供の歯科治療に際する身体抑制について、上記の説明を受け理解し了承致しましたので、抑制下での歯科治療を行うことに同意致します。

平成 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名 _____ 保護者氏名 _____ 印 _____
ご関係 父、母、祖父、祖母、その他（ _____ ）