

(患者さん用)

一般社団法人
日本歯内療法学会 会員
殿

MTA の適応外使用に関する同意書

私は『自費診療の下、Mineral trioxide aggregate (MTA)の適応外使用による歯内治療』が実施されるにあたり、歯内治療（根管充填、穿孔部位の封鎖、逆根管充填等）における MTA の有効性が国際的に評価されていること、および使用する MTA（製品名： ）が正式な手続きによって入手された材料であることについて十分な説明を受け、理解したので、本治療を受けることに同意します。

なお、今回の治療を受けることは、あくまでも自分の意思に基づくものであり、いつでも私の意思によって中止できること、中止後も必要かつ可能な治療行為が行われ、治療責任歯科医師および説明歯科医師から何ら不利益を受けることがないことを説明歯科医師に確認したため、本治療について同意し署名いたします。

治療責任歯科医師： (連絡先)
学会会員番号：

説明歯科医師：
学会会員番号：

西暦 年 月 日 説明歯科医師署名（自署）

西暦 年 月 日 本人（患者）署名（自署）

または代理人署名（自署）
代理人住所

注

1. 患者本人が署名できない場合は、代理人が患者本人欄に患者氏名を記入し、かつ代理人欄に代理人名を署名してください。

代理人は親権者、後見人、扶養義務者、配偶者、親、子、兄弟姉妹などにあたる成人です。