

患者様のご紹介に関する契約書

この度は LOHAS デンタルクリニックに患者様：_____ をご紹介くださり、誠に有難うございます。

貴院様：_____（以下貴医院）と LOHAS デンタルクリニック福居希（以下当医院）との間で今後の治療を円滑に進めるため、下記の内容を確認し契約を締結します。

- ①原則として貴院から治療の依頼を受けた部位以外は当院では治療を行いません。但し軽微な脱離物の再装着や緊急性の高い応急処置及び当医院が必要と判断した処置を除きます。
- ②当医院での当該患者様の治療が完了次第、患者様には貴医院での治療の継続をしていただくようにご案内いたします。
- ③当医院での手術後の消毒や抜糸などの処置は患者様の希望に沿い当医院で行う場合があります。
- ④当医院での外科処置後のお痛みや感染などのトラブルについては当該患者様に遠慮なく当院をご案内ください。その際は電話連絡にて予約をとることをお伝えください。
- ⑤当該患者様の術後の治癒状態の口腔内写真や術後のレントゲン、CT などは可能な範囲で当医院に共有をお願いします。
- ⑥患者様の同意が得られた場合は治療の経過の写真や動画を学会報告や講演、ホームページ、SNS などに使うことがあります。
- ⑦検査の結果の上で一般歯科処置が必要な部分は患者様にお伝えし、貴院での処置をお勧めいたします。
- ⑧万が一、患者様が当医院での治療をご希望された場合には、必ず患者様より貴医院へご連絡頂くこととします。

⑨治療後の補償に関しては、貴院での定期メンテナンスをきちんと受けられていた患者様については当院のルールに合わせて補償対象とします。

⑩治療後のメンテナンスは基本的には貴院でのメンテナンスをお勧めし、半年に1回は当院でもチェックをさせていただきます。

⑪治療計画に同意された患者様で貴院、当院での治療が難しい専門的な治療内容（矯正治療等）の場合にはこちらから他院の専門医へご紹介する場合があります。但しその際は貴院に同意を得るものとします。

上記の文書を患者様、貴院、当院が同意した上で、私は責任を持って治療を開始致します。

今回ご依頼いただいた治療部位

：

治療内容

：

治療費用

：

患者様：_____

貴院様：_____

当 院：_____