リテーナー同意書

1. リテーナーの必要性について

治療で動かした歯は元の位置に戻ろうとします。治療後の歯列を保つためにリテーナーを装着して保定します。

一般的に、歯を支えている組織が安定するまでには動かした期間と同等程度の保定期間が必要とされています。

2. リテーナーの種類

・マウスピース型：上下顎＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円（税込）

1 日 20 時間以上の装着が必要です。歯科医師の指示に従い徐々に装着時間を少なくしていきます。

装着を怠ったことにより装着しづらくなった場合でも、入るようであれば継続使用してください。

素材の性質上、経年劣化によりゆるみが生じてきます。定期的な交換を推奨します。

・fix(ワイヤー)リテーナー：片顎＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円（税込）

歯の裏側から細いワイヤーで歯を固定します。装着し始めは違和感がありますが徐々に慣れていきます。

フロスは使用できません。いつも以上に歯磨きをして口腔内を清潔に保ってください。

歯磨き時にはワイヤーが外れてしまっていないかご自身でチェックしてください。

歯列の状態により装着できない場合があります。外す場合は通院が必要です。

3. リテーナー使用中の通院について

歯科医師の指示に従い定期検診を受けることを推奨します。

再診料＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円（税込）が発生します

その他、リテーナー使用中のトラブルについては当院にご連絡ください。内容により料金が発生します。

- 装置が当たる等で痛みが生じた場合
- 歯列の変化（隙間が空いてきた等）
- 固定式が外れてしまった
- 破損、紛失
- 使用を怠ったことにより装置が入らない

上記事項の説明を受け同意しました。

西暦＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿