

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

診療記録写に関する同意書

私は、日本矯正歯科専門医機関に対し、下記歯科医師が行なった診療に関する資料の写を、同機関の倫理規程および個人情報保護法の遵守を条件に、同医師が矯正歯科専門医認定の申請に提出することに同意いたします。

歯科医師氏名		
診療機関名		
患者様	氏名	
	性別	
	生年月日	
	住所	〒
	電話番号	
患者様と同意者との関係		

同意者氏名 (自署) _____

診療記録写提出の同意に関するお願い

患者様各位

日本矯正歯科専門医機関では、国民の皆様により良い矯正治療を提供し、健康と福祉に貢献することを目的として専門医制度を設けており、その資格を認定するために審査を行っております。その際、各種書類の提出の他に自分で治した治療例の診療記録写の提出が求められます。

日本矯正歯科専門医機関の提言には「国民に安全・安心な矯正歯科治療を提供するために」とあり、そのための重要な内容の一つとして「口腔・顔面の形態改善と機能向上に寄与する」こととなっています。具体的には1：適切な診査・診断の実施、2：学術的根拠に基づく治療の実践、3：治療後の長期安定性への配慮、が担保された矯正治療結果を求めていることとなります。特に3番目の治療後の長期安定性を証明するためには、矯正治療後2年以上経過した検査資料が必要とされています。

今回、患者様におかれましては主治医が治療例として提出の同意を求めています。差し支えなければ同意書に署名・捺印をお願い致したく存じます。なお、提出された診療記録写は審査終了までの間、当機関が責任を持って保管致します。さらに、個人情報に関しては、個人情報保護法およびその他の関連法令ならびに各ガイドラインを遵守しその保護に厳重な注意を払っております。

患者様におかれましては、日本矯正歯科専門医機関の新しい専門医制度の発展・充実のために、ぜひ御協力をお願い致します。

日本矯正歯科専門医機関