

「プレオルソ」。こども歯ならび矯正法

オ を 受 講 さ た 生 方



【こんにちは、大塚矯正歯科クリニックの大塚 淳です】

暑中お見舞い申し上げます

今日のプレオルソ・ニュースレターは・矯正治療時の時に 患者さんへお渡しする、治療計画書と治療支払計画書を 配信します。

ご利用ください。

治療契約書と言うかたい表現でなく、 当院では治療計画書としてます。

今日のお知らせ



プレオルソの本がクイントエッセンス社よ り出版されました。

内容はほとんど症例写真です。 (装置等、説明は2割くらいです。) 患者さんへの説明に便利かと思います。 本のパンフレットを添付ファイルします。 ご購入は直接クイントエッセンス社(下記 HP)あるいはご指定の歯科商店にお尋ねく ださい。

https://www.quint-j.co.jp/shigakusyo com/html/products/detail.php?produ ct id=3338

この News Letter は、私の知り合いの先生やセミナーを受講された先生

を中心に送らせていただいております。 趣旨は私が日常臨床の中で「大塚式」こども歯ならび矯正法を実践していく 中で気がついたこと、改善点、新しいアイデアなどをお伝えするためのメー ルです。

「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 News Letter」を PDF にて配信させていただいております。不要の方や、アドレス変更ご希望の方は下記へお願 いします。

http://www.ooc.or.jp/preortho/newsletter/

「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 News Letter」

バックナンバーは、こちら

www.ooc.or.in/preortho/newsletter/backnumber/

ご不明な点がございましたら下記までご連絡いただければと思います。

大塚矯正歯科クリニック 〒700-0903 岡山市北区幸町 8-18 Phone: 086-234-0006 / Fax: 086-234-3446 Eメール info@ooc.or.jp

★フェイスブック ツイッター 「大塚 淳」の実名で登録してます。 友達申請/フォローをお待ちしております♪

★「いいね」 ボタンを押して頂ければ嬉しいです♪



「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 DVD

定価 48,600円(税込)

以前、講習会を受講された先生は、¥43.200(税込) ネットからのご注文は、こちらから。

http://www.ooc.or.jp/preortho/

FAX でのご注文は、本 PDF3 ページ目の注文書に ご記入頂き 086-234-3446 までお送りください。

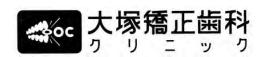




治療計画書(医院控)

カルテ番号

		診断日	平成	年	月	日
患 者	様		年 月	日	歳(男	· 女)
保護者	様					
 住	_					
	治療計画書を作成しました 矯正歯科クリニックで各 下さい。					-
治療期間	予防治療 <u></u> 年[
矯正装置	本格治療年 口腔内 取外しの出来 固定式の装置	る装置 				
治療方法	口腔外 取外しの出来非抜歯法抜歯法 部位	る装置				
保 定		の安定を保つために、『 定期観察(1~2年間位			(保定装	置)
①決めら ②食後は ③通院日	寮を行うため、3つの れた装置をきちんと、使 れた装置をきちんと、使 必ず歯と歯ぐきをきちん 時をきちんと、守って下 守って頂けない場合は治	って下さい。 と、みがいて下さい。 さい。		ります	-	
装置の使	と期間の変更 用協力の状況、顎の発育 更されることがあります		きなどによ	り治療	寮方法や	期間
	再治療 変化や舌の悪習癖の発現 再治療を行います。	等により、後もどりを走	己こした場	合は、	治療費	``
私 (私達)は、上記のとお	おり矯正歯科治療に承	は諾いた し	」ます	- 。	
平成	年 月 日	患者氏名			印	
		保護者氏名	診断者	新 受	<u> </u>	塚



矯正料金お支払い計画書(患者様控)

力ルテ番号09617A診断日平成年月日年月日歳(男・女)

保護者 様

様

住 所

患 者

矯正料金について以下のようなお支払い計画書を作成しました。内容をご確認の上、ご署名・ご捺印して頂き、患者様と大塚矯正歯科クリニックで各1通ずつ保管します。再発行は致しませんので、大切に保管して下さい。

矯正料金(

)治療費として

() 申し受けます。

- ※虫歯および抜歯等に要する費用は、上記の治療費に含まれません。
- ※たび重なる矯正装置の破損または紛失については、再製作料として実費を申し 受けることがあります。
- ※上記の金額につきましては、消費税込みとなっております。
- ※患者様のご都合による治療中断の場合の治療費の返金については、基本的に応じておりません。
- ※治療費をお支払いいただけない場合には、一定額の手数料を付加いたしますので、ご了承下さい。

支払方法

診断日より 以内に全額()の支払いを完了して下さい。毎月27日に患者様のご希望の口座より自動引落としさせて頂きます。

下記の欄にお支払い回数をご記入下さい。

※H26.3 月 31 日までに装置を付けられた患者様は、今まで通り消費税 5%の料金となりますが、4月1日以降に装置を付けられた患者様は消費税 8%の新料金が適用されます。

お支払回数(記入例)					
一括 1回					
お支払回数					

私(私達)は、上記のとおり矯正料金お支払い計画書に承諾いたします。

平成 年 月 日 患 者氏名 印

保護者氏名 印

診断者	受付	大塚

