

歯の銀行に関する説明と同意(必ずご記入下さい)

(手続き書1/2)

私(歯の銀行利用者)は、下記内容に関して内容を完全に理解したことを認めた上で、以下に署名押印いたします。

申込日	年 月 日
住所	〒 -
氏名	印
ふりがな	
生年月日	年 月 日
TEL・FAX番号	- -
メールアドレス	

※本個人情報の取得、管理、利用、第三者への開示について弊社は、個人情報の漏洩、改ざん、紛失、および目的外の利用を防止するために、関係する法令、指針・ガイドラインおよび弊社内部規則に従い、適切なセキュリティを施した環境で個人情報を厳重に管理いたします。また、個人情報の適切な取扱いについて、従業員に対し必要な教育・啓発活動を行ないます。
※本個人情報の消去は、tel045-721-3557にお電話下さいれば全て消去させていただきます。

ティースバンクの目的は？	理解しました ☐ チェック
矯正治療で抜かれる小臼歯や親知らず、はえるスペースのない親知らずなど。大きな虫歯や歯槽膿漏にかかっていない比較的健康な歯を何らかの治療の一環で抜かれる場合、将来同一の患者様に対して歯の移植を主な目的に冷凍保存しておくシステムです。よって、他人への歯の移植は、行いません。	

ティースバンクする前にどんな検査が必要ですか？	理解しました ☐ チェック
感染症検査(血液検査が必要です)血液検査項目のうち1つでも問題がある場合は、ティースバンクはできません。また、ティースバンクのための抜歯は血液検査後、必ず半年以内に完了して下さい。血液検査項目は、協力歯科医院よりお知らせいたします。	

ティースバンクは、どうやって行うのですか？	理解しました ☐ チェック
磁場を使ったプログラムフリーザーで保存液とともにマイナス150度で冷凍します。プログラムフリージングとは、10～80ミリアンペアーの磁場を連続的に発生させ0.5～1.0度/分の冷却速度で冷凍していきます。この作業は、歯根膜細胞の生存率向上のために不可欠な作業です。	

ティースバンクされた歯は、いつ移植しますか？	理解しました ☐ チェック
かかりつけの歯医者さんが、「この歯は、もたないので抜歯します」と言われた時がティースバンクした歯を移植する時期です。抜歯される前に、スリーブラケットにお電話下さい。	

移植時点で下記に記す患者様は、歯の移植ができない場合があります。	理解しました ☐ チェック
重度の全身疾患・糖尿病や肝臓病・骨形成不全・骨粗鬆症・放射線治療・血液疾患・喫煙者・薬物、アルコール中毒・口腔衛生の悪い方・重度な歯周病・手術を御納得頂けない場合	

自家歯牙移植の成功率について	理解しました ☐ チェック																				
<table><tr><td></td><td>正常な治療</td><td>わずかな歯根吸収</td><td>再度抜歯</td><td></td></tr><tr><td>Dr.Andreasen</td><td>86.00%</td><td>13.90%</td><td>0.10%</td><td>本データEurJOrthod.12:14-24,25-37,1990より</td></tr><tr><td>Dr.Schwartz</td><td>50.00%</td><td>22.00%</td><td>28.00%</td><td>本データIntJOralSurg.14:245-258,1985より</td></tr><tr><td>月星光博先生</td><td>77.70%</td><td>12.30%</td><td>10.00%</td><td>本データ自家歯牙移植編著者月星光博先生1999年より</td></tr></table> 冷凍保存歯の移植(冷凍保存歯の移植には、症例を精査して移植しています。 移植後の観察期間が短いため、成功とも失敗とも正しく診断できないため非公開)		正常な治療	わずかな歯根吸収	再度抜歯		Dr.Andreasen	86.00%	13.90%	0.10%	本データEurJOrthod.12:14-24,25-37,1990より	Dr.Schwartz	50.00%	22.00%	28.00%	本データIntJOralSurg.14:245-258,1985より	月星光博先生	77.70%	12.30%	10.00%	本データ自家歯牙移植編著者月星光博先生1999年より	
	正常な治療	わずかな歯根吸収	再度抜歯																		
Dr.Andreasen	86.00%	13.90%	0.10%	本データEurJOrthod.12:14-24,25-37,1990より																	
Dr.Schwartz	50.00%	22.00%	28.00%	本データIntJOralSurg.14:245-258,1985より																	
月星光博先生	77.70%	12.30%	10.00%	本データ自家歯牙移植編著者月星光博先生1999年より																	

冷凍保存歯のリスクについて	理解しました ☐ チェック
歯科医療技術は日々進歩しており、将来、さらに良質な治療法が開発されている可能性があります。また、歯の凍結保存があらゆる条件に適応する治療法ではありません。抜歯時の歯根膜の損傷や感染等、不測の事態が生じた場合、移植時に歯が生着しない場合がありますが、これに関して病院や歯科医師、またはスリーブラケットに責任と賠償を問うことはできません。	

代替処置について	理解しました ☐ チェック
凍結保存歯を移植後、何らかの理由で歯が生着しなかった場合、その代替処置としてインプラントやブリッジ、入れ歯による治療が行われます。これらの治療費は全て患者様のご負担になります。	

ティースバンクに必要な料金について(健康保険は、使えません)	理解しました ☐ チェック
血液検査 30,000円(初回のみ有効期間6ヶ月間) + 歯の冷凍保存 20年間1本につき50,000円 + 歯の検査費用(スリーブラケット社内で行う検査)1本につき40,000円 + 輸送費用広島県外 33,500円または、広島県内 5,000円 + 保管延長料1本につき20年間で40,000円(最大40年間保管) なお、1年未満の移植を予定している場合は、上記とは別に料金設定をする。消費税は別です。	

本紙をFAXにて送信して下さい。番号をお間違えなく！
FAX 送信先 **045-721-3557**
TEL ご質問は、ティースバンク **045-721-3557**