

治療計画提示チェックシート

氏 名 _____ 様

カルテ№ _____

担当者: _____

記 録	平成	年	月	日 ()	AM・PM	:	~	(所要時間:	分)
問題点の再確認(今回取り組まなければならないポイント)									
〈問題点〉					〈対 策〉				
患者の期待する治療方針の確認									
治療方法のメリット・デメリット・効果について									
治療方法①			治療方法②			治療方法③			
メリット:			メリット:			メリット:			
デメリット:			デメリット:			デメリット:			
効 果:			効 果:			効 果:			
タイムスケジュールの説明 (患者の意向に沿うアレンジ)					費用の説明 (コスト・支払方法)				
					コ ス ト:				
					支 払 方 法:				
事故と安全性に対する解説とそれに対する対処法									
患者の治療方針決定においての負担となる要因									
具体的な解決方法の提示									
備 考 欄									



特定非営利活動法人

明日の歯科医療を創る会POS