

担任・養護教諭の先生へ

貴校の児童・生徒：_____さま は、口腔の健康回復のため、医学的に必要な歯科矯正の加療のため、定期的に当院へ通院しています。

こども（児童・生徒）の口腔環境、健やかな発育や成長に直接的な影響を与える歯の萌出位置異常や顎顔面骨の不調和を改善することは、学校歯科検診でも指摘されているように、こどもの将来にとっても大切な医療です。

ご理解いただきますとともに、十分なお配慮ご協力をお願い申し上げます。

院長

受診証明書

受診（予定）日： 令和 年 月 日

小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校

受診患者： 年 組 番 氏名：

生年月日： 平成 年 月 日 生

病 名：

治療期間： 年 月 日 ～ 年 月 頃まで

- ※ 4～6週に、1度の定期的通院を要します。
- ※ 通院時の診察時間は30分程度です。

- 注意事項：
- 顎間ゴム を使用しています。
 - ヘッドギアー を使用しています。
 - 装置によって2～3週間程度、発音が不明瞭な場合があります。
 - 歯を抜きました。止血のため、本日の運動は控えてください。

担当医 小澤 奏 

日本矯正歯科学会 認定医/日本顎関節学会 専門医・指導医
欧州舌側矯正歯科学会 (ESLO) / 世界舌側矯正歯科学会 (WSLO) Active Member
日本歯周病学会 日本臨床歯周病学会 会員

医療法人スマイル スマイル矯正歯科クリニック
<https://www.smile-orthod-clinic.com>
〒790-0012 松山市湊町 4-12-9 メゾン M2ビル2F
Phone 089-986-7080 fax 089-986-7089

