

矯正治療導入の2nd Step

New Version

第17回「Get Up Course」



部分矯正治療を網羅する

大垣開催

- 1 患者様の咬合を無視して日常診療を行っていませんか?
- 2 不可逆的処置(抜歯、支台歯形成)を行う前に矯正歯科のオプションを呈示できますか?
- 3 矯正の技術を修得するには、大変な時間と労力がかかるとおられていませんか?

左記の質問に興味・疑問をお持ちの先生のために単純明解にお答えいたします。

本セミナーでは診断のポイントを学びます。まず手掛けるべき easy caseと矯正専門医に紹介すべき severe caseの見極めを可能にし、予知性の高い矯正治療を目指します。

乳歯列期および混合歯列期の症例においては、「診断のフレームワーク」に基づいて不正咬合の診断および治療法(装置各種)を修得します。今回からは、混合歯列期の診断力を高めることを重点目標として、症例検討・分析の時間を大幅に増やしています。

成人症例に対してはストレートワイヤーのブラケットシステムを用いた部分矯正を修得します。これらを修得することにより、部分矯正の知識、技術、リスク回避のほとんどが網羅できます。

また、日常臨床の場面で遭遇する機会の多い症例の実習を通して、実践的に学んでいただけます。この機会に、是非、矯正歯科治療を日常臨床に取り入れてください。

セミナー日程	タイトル	内容
第1日 2015年 3月14日(土) 11:00-18:00	Step1 混合歯列期の治療総論 側方拡大	講義:矯正治療目標、患者説明方法、診断のフレームワーク、各種装置の説明、使用方法 実習:リンガルアーチの作製、調整方法、患者コンサルテーション演習
第2日 2015年 3月15日(日) 9:30-16:30	Step2 反対咬合 叢生の改善	講義:反対咬合の治療法、Space gainについて 実習:簡易セファロ分析の解釈、ディスタル・ジェットおよびクワッド・ヘリックスの調整法
第3日 2015年 4月11日(土) 11:00-18:00	Step3 臼歯部 アップライト	講義:ブラケット装着について、アップライトの方法、矯正用アンカースクリューの使用法 実習:ボンディング実習、アップライトの実習
第4日 2015年 4月12日(日) 9:30-16:30	Step4 M.T.M (L.O.T)	講義:治療計画立案実習(診療見学) 実習:Space closeの症例、圧下症例

定員・受講料

定員 18名
 受講料 ¥348,000 (税込)
 (テキスト代、実習材料代込み)

会場

大垣アピオ6F貸会議室(予定)
 〒503-0901 岐阜県大垣市高屋町1-145
 TEL:0584-75-6171

振込先

大垣共立銀行本店 普通口座 1307527
 口座名 W.O.B 田中勝治

主催

Worldwide Orthodontic Brains
 TEL:0584-73-8817 FAX:0584-81-0101
 E-mail:kinoubi77@gmail.com

後援
お申し込み
お問合せ先

株式会社 松風 矯正課 W.O.B.矯正セミナー係
 〒113-0034 東京都文京区湯島3-16-2 松風ESTビル
 TEL:03-3832-1824 FAX:03-3832-7682

※FAXにてお申し込み下さい。また、FAX後お申し込み金¥50,000をお振り込み下さい。
 入金確認後、詳細の案内を送付致します。

Introduce

講師:田中 勝治(歯学博士) ■Worldwide Orthodontic Brains代表
 ■田中矯正歯科医院 院長

<略歴>

1960年 大垣市生まれ
 1985年 日本大学松戸歯学部卒業
 1989年 日本大学大学院松戸歯学研究科博士課程修了(歯科矯正学専攻)
 1989年 日本大学松戸歯学部矯正研究室 助手
 1990年 同 非常勤講師
 1990年 大垣にて田中矯正歯科医院 開設

<論文>

- 矯正歯科治療のための抜歯に関する一考察
 ~開咬症例にフォーカスを絞って~
 ザ・クインテッセンス、vol.21 No.4、P179-191、2002年
- 矯正歯科治療のための抜歯に関する一考察
 ~叢生症例にフォーカスを絞って~
 ザ・クインテッセンス、vol.20 No.8、P173-186、2001年
- 矯正治療中において下顎を中心位に位置づけるための考察
 日本顎咬合学会誌、Vol.19 No.3、P319-327、1998年
- 矯正治療中に下顎を中心位に位置づけるためのインダイレクトボンディング法
 日本矯正歯科学会雑誌、Vol.57 No.4、1998年
 等矯正歯科、顎関節に関する論文多数

フリガナ ご氏名	勤務先名
ご住所 〒	e-mail
TEL	FAX
矯正治療のご経験	
有 . 無	

お申し込みはFAXにてお願い申し上げます。 FAX 03-3832-7682