

GPのための下顎位を考えた矯正治療セミナー (ベーシックコース)

*コースの内容

- 1 回目 矯正治療の目的と歯科矯正の基礎知識
矯正装置の説明 矯正の注意点
矯正メカニズム (歯の動くメカニズム)
骨格、不正咬合の説明、病的咬合と生理的咬合
矯正の診査 診断 セファロ分析、顎運動ビデオの撮り方
顔貌とパノラマ、セファロ分析、口腔内写真とのリンク
(宿題：セファロ分析)
- 2 回目 下顎位を考えた矯正治療の説明、顎運動ビデオの説明
筋膜圧迫トリガーストレッチ法、スプリントの説明
セファロ分析の宿題チェック、矯正器具の説明、
セパレートゴム バンド実習、ロウ着、バンド装着
ブラケット装着 (模型実習)
拡大装置の説明、実習
(宿題：スタビリゼーション型スプリントの作製)
- 3 回目 スプリントのチェック、顎運動ビデオの説明
ブラケット模型実習 (レベリング)、ミニインプラント実習、
上顎2～2番の舌側にリトラクト実習
咬合干渉、咬合高径、咬合平面の説明 (咬合平面のコントロール)
(セカンドオーダーバンドの大切さ)
必要最低限のワイヤーベンディングや矯正補助器具
- 4 回目 矯正中に顎位不安定になった場合のミニスプリントの活用方法
ブラケット実習の続き、顎間ゴムの実習
アイデアルアーチ実習 (ファースト、セカンド、サード)
ブラケット除去、保定装置、後戻りへの対応、
下顎体の前下方への解放 (前方回転) を考えた矯正治療
- 5 回目 矯正ゴールの説明 (1級、2級、3級)
下顎体の前下方への解放 (前方回転) を考えたアライナー矯正治療
Iteroでの口腔内スキャナーの実習、バイト採得
アタッチメント装着方法、顎間ゴム
インビザラインのクリンチェック、設計の仕方

(タイムスケジュール)

土曜日：15時00分～18時30分 (19時30分 懇親会)

日曜日：9時30分～15時30分

*毎回、症例相談を行います。口腔内写真5枚法、顔貌写真、パノラマ写真は必ず用意してください。セファロがある先生はセファロがあると助かります。資料は多い方が診断に役に立ちます。

(コースの日程)

2023年 10月28日(土) 10月29日(日)

2023年 12月23日(土) 12月24日(日)

2024年 **1月20日(土)** **1月21日(日)**

2024年 2月24日(土) 2月25日(日)

2024年 3月23日(土) 3月24日(日)

場所：株式会社デンタリード 東京営業所

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1-11 千代田小川町クロスタ12F

講師：つかだ歯科医院 成 仁鶴

協賛：デンタリード、ジンヴィージャパン

定員：13名

***受講料：65万円 (実習模型代、材料費別)**

(*受講料の65万円は神島奈穂子先生に振り込みをお願い致します。)

***模型代、矯正材料、器材代：35万円 (消費税別)**

(模型代、矯正材料器材はデンタリードの小笠原より購入してください。 35万円はデンタリードにお支払い頂きます。

矯正材料を既にお持ちの先生もいるとお思いますので、必要な矯正道具のみご購入ください。矯正の材料、器材のリストアップを用意しております。

矯正材料の問い合わせ先：小笠原の携帯番号：070-4506-0256

*受講される先生達へのお願い

本コースはコースのご連絡、懇親会の案内、症例相談、実習ムービー、講義の動画などを**LINEにて**全て配信、ご連絡をしております。**LINE登録**を必ずしてください。(動画が多いため、携帯電話のicloud加入もしくはデータ容量を大きくしていただくと良いかと思えます。ご自宅のWIFI設備環境を整えてもらうとダウンロードがしやすいと思えます)

【コースの問い合わせ先】

麻生デンタルクリニック 神島奈穂子
TEL&FAX : 011-726-1488
E-mail: azabu-dc@galaxy.ocn.ne.jp

『 お申込み方法 』

下記申込書に記入して頂き「麻生デンタルクリニック」のFaxもしくはE-mailにお送りいただき、入金をもって正式受付の完了とさせていただきます。

振込口座： 北洋銀行／琴似中央支店 普通4829823
名義：神島 奈穂子 (カミシマ ナオコ)

※恐れ入りますが、振込手数料はご負担下さい。払込受領書をもって領収書に代えさせていただきます。入金後、返金不可です。

お申込み〆切：2023年6月10日

実習模型が注文してから届くまで約3ヶ月半、かかります。

矯正材料を注文してから、届くまで、少しお時間がかかります。
材料費が高騰していますので、早めに値上がり前に購入した方がいいです。

【申込用紙】

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| フリガナ | | 矯正経験年数 | |
| 名 前 | | 歯科医院名 | |
| 住 所 | | 卒業大学名 | |
| TEL | | FAX | |
| e-mail | | LINEアドレス | |

*再受講の先生は、受講料は半額とさせていただきます。材料は必要なもののみ、購入してください。