



実症例で学ぶ2日間コース

# 安全・確実なインプラント治療法の構築

治療における各ステップ（診断→外科→補綴）をインストラクターの実症例を基に追いかけてみます。

**4月 17日 (土) ~ 18日 (日)**  
2:00pm ~ 7:00pm      9:30am ~ 4:30pm

# 大阪

歯科インプラント材料および治療技術の革新的発展に伴い、欠損治療、咬合再建における選択肢の中で、患者様が最も満足できる最適な治療法としてインプラント療法を避けて通ることはできない状況となりつつあります。一方で、インプラントを成功に導く、確かな技術の習得なしに、安易にインプラント療法に取り組む傾向も顕著になりつつあります。本コースは、インプラント療法の導入をお考えの先生、今後さらに本格的に取り組もうとお考えの先生方に対して、失敗の無い、安全かつ確実なインプラント療法を導入するための的確な診断力、及び埋入スキルを身に付けていただくことに重点を置いた内容といたしました。インストラクターの実症例を通じて、CTを含むあらゆるツールを用いた治療計画を中心に、実症例の患者様が来院されてから補綴完了までの流れを、実患者の顎模型を使用しての埋入実習を含めて、疑似体験していただきます。

講師陣



**椎貝 達夫** *Tatsuo Shiigai*

Zimmer Dentalインプラント  
公認インストラクター  
1978年 東京歯科大学卒業 / 歯学博士  
東京歯科大学インプラント科 臨床教授  
医療法人清麗会 理事長  
日本補綴歯科学会専門医・指導医  
日本口腔インプラント学会専門医



**小出 直弘** *Naohiro Koide*

Zimmer Dentalインプラント  
公認インストラクター  
1985年 東京歯科大学卒業 / 歯学博士  
東京歯科大学非常勤講師  
医療法人 かわい・こいで 歯科理事長  
日本口腔インプラント学会会員  
名古屋SJCD会員

会場

**千里ライフサイエンスセンター  
801 ~ 802 号室**

大阪府豊中市新千里東町 1-4-2 TEL : 06-6873-2010

参加費

**85,000円 (税込)**

定員

**20名 (登録先着順)**

申込方法

裏面の参加申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。  
また参加費は下記へ振込をお願いします。

振込先

りそな銀行 本郷支店 (普通) 1575058  
口座名: 株式会社インプラテックス

※振込の際は御名義のあとに続けて、申込書にご記入いただいた電話番号を入力して下さい。  
また振込手数料は、送金人様にてご負担お願い致します。

申込先

**(株)インプラテックス 大阪営業所**

〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-3-7 理想新大阪ビル6F  
TEL:06-6350-3500 FAX:06-6350-3501 www.itx.co.jp

主催



後援



### 第1日目 2:00pm ~ 7:00pm

◆インストラクターが実施した実症例をモデルに、その診査・診断から治療計画、臨床設計を疑似体験していただきます。

#### a) 診査診断・治療計画

- ・二次元画像 (パントモ) での診査
- ・Top down treatment に基づく診断
- ・画像診断における解剖学的・骨質的留意点
- ・コンサルテーション

#### b) 実際の臨床例を基にした

- 2D (二次元) での治療計画の立案実習**
- ・下顎欠損症例 (2 症例)

#### c) 実際の臨床例を基にした

- 3D (三次元) での治療計画**
- ・二次元で治療計画立案した症例の三次元 (CT) での治療計画
  - ・同症例の臨床設計解説



### 第2日目 9:30am ~ 4:30pm

◆第1日目に計画した症例のCT画像情報を元に制作した、顎骨モデル及びサージカルステントを使用しての実習で埋入をリアル体験していただきます。

#### a) 外科処置の基本

- ・Zimmer インプラントシステムについて
- ・術前処置
- ・インプラント外科手術の基本的な流れ

#### b) 手術ビデオ放映と解説

#### c) サージカルステントを用いた埋入実習

- ・1日目に治療計画した実症例の顎骨模型での実習

#### d) ケースプレゼンテーション

- ・1日目に治療計画した実症例のプレゼンテーション (2 例)
- ・サージカルステントを使用した症例のケースプレゼンテーション
- ・実際の補綴処置の解説



参加申込書

実症例で学ぶ2日間コース 安全・確実なインプラント治療法の構築

ローマ字表記			〒	
ご芳名		貴院ご住所		
貴院名			振込予定日	月 日
TEL		FAX		
ご出身大学 卒業年度	大学		専攻 / (西暦)	年度卒業

※申込書に記載される情報は当講習会への登録・連絡に使用致します。当社からの送付物受取が可能なご住所をお書き下さい。尚、頂いた個人情報は資料及び情報提供以外の目的には使用致しません。

事前アンケート

- インプラント治療のご経験はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方 → [ ] 年前に導入

- インプラントを導入されたきっかけは？ / インプラント導入を希望するきっかけは？

- 今までに使用されたインプラントのシステム名は？

- 今までの埋入本数は 約 [ ] 本、 症例数は 約 [ ] 例

- インプラント治療を現在も実施されていますか？ はい ・ いいえ

現在中止されている先生は、その理由をお聞かせください。

- インプラント治療を行なう上で、解決したいことは何ですか？

- 日常臨床における疑問点・本セミナーで取りあげてほしい内容をご記入ください。

■ 主催 / お申込先