

神奈川歯科大学同窓会学術講演会 -Back to the basic- 「補綴治療計画のキーポイント」

複雑な歯科疾患の治療にあたり、医院側としてはう蝕や歯周病などの細菌をコントロールすることや口腔系にかかる力に対して審美的で機能的な歯、歯列の構築を行い、口腔の健康の再建と維持が命題として挙げられよう。

さらに歯科治療をおこなう際には、以下に示すような項目について患者の希望に出来るだけ応える必要があらうと考えている。

- 1) 機能的、審美的な歯列を回復し維持する。
- 2) 天然歯を可及的に保存する。
- 3) 歯髄を可及的に保存する。
- 4) 歯質を可及的に保存する。

これに加えて患者・症例ごとの特徴を正確に把握し、適切な歯科治療計画を立案すべきであろう。

これらの治療にあたり、動的治療の終了時に多くの症例で補綴が必要となる。そこでまずどういった補綴計画が立てられるかという点から逆にエンド、ペリオなどの計画を立てるいわゆるトップダウン治療計画の重要性がいわれて久しい。ただその後のメンテナンスの時間軸から患者の身体的変化や補綴物の耐久性などにより再介入を必要とすることもよく見られ、治療計画を立案にはメンテナンスで起こるトラブルに対しいかにシンプルなものにしてゆけるかという要素が十分考慮されるべきである。この観点から補綴治療計画でどのようなことがキーとなるかについて考えてみたい。(南 昌宏)

[講師] 南 昌宏 先生

【略歴】

- 1986年 大阪歯科大学 卒業
- 1989年 本多歯科医院・木原歯科医院 勤務
- 1993年 三日市南歯科 開設
- 2003年 南歯科医院 開設
- 2006年 医療法人皓隆会 南歯科医院 開設

- ・ 大阪歯科大学歯科保存学講座非常勤講師
- ・ 日本臨床歯周病学会(指導医)
- ・ 日本顕微鏡歯科学会(評議員)
- ・ 日本デジタル歯科学会(理事)
- ・ International Academy for Digital Dental Medicine (active member)
- ・ European Academy of Esthetic Dentistry (affiliate member)
- ・ 5-D Japan ファウンダー



[日時] 平成 31 年 2 月 24 日 (日) 10 時~16 時 30 分

[場所] 神奈川歯科大学附属横浜クリニック 7F 大会議室 : 横浜市神奈川区鶴屋町 3-31-6

* 天候、災害などの影響により講演延期・中止せざるを得ない場合があること、また緊急連絡先にご連絡させていただく可能性があることをご了承ください。

[受講料] 神奈川歯科大学同窓会会員 無料、非会員 8,000 円、本学学生 無料、他校の学生 1,000 円、非会員研修医 2,000 円、歯科技工士・歯科衛生士 4,000 円
院長(会員)の医院スタッフ(歯科衛生士・歯科助手・歯科技工士に限る)は、3 人まで無料。
4 人目以降 1 人 2,000 円 (勤務歯科医師の無料制度はなくなりました)

[定員] 120名 * 先着順とさせていただきます。
日本歯科医師会生涯研修認定(生涯研修カードをご持参ください)

[交通] JR横浜駅西口より徒歩5分 (休日入館のため正面玄関裏側、教職員通用口よりお願いします)
詳細は、こちらをご確認ください (<http://www.hama.kdu.ac.jp/104access.html>)

* 準備などの都合により、やむをえない理由を除き、当日キャンセルはお控えくださいますよう、お願い致します。尚、キャンセルがあっても講演会費の払い戻しが出来ませんことを予めご了承ください。

[申込み方法]

参加費：受講料は銀行振込または現金書留でお送りください。

申込書：銀行振込の場合は、申込書を下記送付先までFAXしてください。

現金書留の場合は、現金と一緒に申込書を下記送付先まで郵送してください。

申込期限：平成31年2月15日(金)

振込先：りそな銀行横須賀支店 普通預金 1564472

口座名：神奈川県歯科大学同窓会学術委員会 山田良広

申込書送付先：〒238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町82 神奈川県歯科大学同窓会事務局

【申し込み先、問い合わせ先】神奈川県歯科大学同窓会

〒238-8580 横須賀市稲岡町82番地

電話番号:046-825-0524 FAX:046-823-0510 メールアドレス ob-jimu@kdu.ac.jp

ホームページURL: <http://inaoka82.com/>

[申込書]

申込書 「補綴治療計画のキーポイント」 南 昌宏 先生

平成31年2月24日(日)10時~16時30分 場所: 神奈川県歯科大学附属横浜研修センター・横浜クリニック

氏名		フリガナ		医院名	
ご住所	〒				
TEL:() -	FAX:() -				
<u>当日の緊急連絡先</u> (必須) : - -					
神奈川県歯科大学同窓会会員:		回生/昭和・平成		年卒	
非会員:出身校		/昭和・平成		年卒	
振込み額： <input type="checkbox"/> 無料(神奈川県歯科大学同窓会会員) <input type="checkbox"/> 8,000円(非会員) <input type="checkbox"/> 無料(本学学生) <input type="checkbox"/> 1,000円(他大学学生) <input type="checkbox"/> 2,000円(非会員研修医) <input type="checkbox"/> 4,000円(歯科技工士・歯科衛生士) (勤務歯科医師の無料制度はなくなりました) <input type="checkbox"/> 会員医院スタッフ(歯科衛生士 名・歯科助手 名・歯科技工士 名 参加) ※4人目以降は1人2,000円が必要です					
振込日:		月	日	(銀行 支店)
現金書留:		月	日	郵送	

注1. 申込書は、お一人様につき一枚使用してください。

注2. 申込後欠席なされる場合の返金はできません。ただし、代理の方の参加は可能です。

注3. 領収書の宛名が上記と異なる場合の領収書の宛名はこちらにご記入ください()

注4. 昼食は各自でお願いいたします。

** この申し込み用紙を郵送される場合は、必ずこの面のコピーをお取りください。

** FAXで申し込みした受講生の方は当日FAXの送信用紙を持参してください。