

神奈川歯科大学同窓会学術講演会 -Back to the basic-

「ペリオドンタル・マイクロサージェリー

-10年を越える長期経過からの考察-

歯周形成外科を拡大視野下で行うようになってから21年目を迎える。顕微鏡下で歯周形成外科を行う長所として、“治癒が早い”、“侵襲を最小限にする”、“結果が審美的である”、“術後疼痛が少ない”など他にも多くあげられる。これらは、拡大視野のもとになされる精密治療によるものである。

そして、予後も当然、良好な結果が得られるものと考えられ、上記に述べた長所の一つとして“予知性を高める”という項目が挙げられる。しかしながら、この項目は筆者が顕微鏡下での外科処置に取り組む時点で一般的に挙げられていたものである。

顕微鏡下での外科処置は主に、根面被覆術をはじめ、歯冠乳頭の再建術、歯槽提増大術、インプラント周囲組織の再建に結合組織移植を適応する。これらの術式には、より精密な治療が有効であることは文献にも示されるようになってきている。そこで、いかに術式を考え、顕微鏡下での精密な治療結果をどのように導き出していくのか、共に筆者の臨床を通して臨床的予知性がどのように高いのかを考察し、多くの先生方とディスカッションしたい。

(鈴木 真名)

[講師] 鈴木 真名 先生

1984年 日本大学松戸歯学部卒業
1989年 鈴木歯科医院開業
2005年 東京 SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) 会長就任
SJCD インターナショナル理事就任
2006年 OJ (オッセオインテグレーション・スタディークラブ・オブジャパン) 常任理事就任
2008年 鶴見大学歯学部口腔顎顔面インプラント科非常勤講師
2009年 日本大学松戸歯学部客員教授
2011年 東京 SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) 顧問就任
SJCD インターナショナル常任理事就任
2013年 OJ 会長
日本臨床歯周病学会 指導医
日本顎咬合学会 指導医
日本歯周病学会 専門医
AMED (アメリカ顕微鏡歯科学会) 会員
AAP (アメリカ歯周病学会) 会員



[日時] 平成30年11月18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 30 年 11 月 9 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 「ペリオドンタル・マイクロサージェリー -10 年を超える長期経過からの考察-」 鈴木真名先生

平成 30 年 11 月 18 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 (必須)</u> : - -					
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。