

「力学の追究」が可能にした “リンゴ丸かじりができる” 全部床義歯

～ “安定義歯”(すっぽんデンチャー)の理論と製作法 ～
ベーシック&ハンズオン 2日間コース

ベーシックセミナーとハンズオンセミナーを連日開催!!



モンゴル国立医科大学客員教授
今井 守夫 先生

《講師略歴》

1984年 徳島大学歯学部卒業

1988年 徳島大学歯学部大学院 歯学研究科修了・歯学博士

医療法人皓歯会 ぐみょう今井歯科医院 理事長

モンゴル国立医科大学客員教授, 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

《総義歯に関する著作》

リンゴ丸かじりができる 今井メソッドコンプリートデンチャー

“片側性・両側性咬合平衡に深く配慮した全部床義歯”

デンタルダイヤモンド社, 2020年.

1日目 ベーシックセミナー

全部床義歯は、“維持”や“咬合”だけで“リンゴ丸かじり”ができるわけではありません。咀嚼には“支持”が重要であり、顎堤粘膜の被圧変位を考慮した力学的な安定が必要です。咀嚼時に“離脱・転覆しない”を追究することが大切です。

すっぽんデンチャーは、“維持”以上に“支持”や“把持”に重きを置いた“食”にこだわった“安定義歯”を目標として製作されています。本講演では、患者満足度の高いすっぽんデンチャーの力学的背景、および各過程における勘所について、多くの動画を供覧しつつ紹介させていただきます。

2日目 ハンズオンセミナー

- ・「安定義歯の力学理論」の復習と、ステージ別に無歯顎患者へのアプローチ法
- ・無歯顎患者の診査・診断
～スナップ印象～個人トレーによる概形印象

ハンズオン1

- ・無歯顎模型を用いた「イソギンチャク」の製作・調整と、舌小帯部の調整

ハンズオン2

- ・実際の個人トレーの舌小帯部調整(3名1組)

ハンズオン3

- ・スナップ印象と個人トレーによる印象(3名1組)

開催日時

1日目 2024年12月7日(土) 10:00～16:00

2日目 2024年12月8日(日) 10:00～16:00

受講料

132,000円 (税込み・昼食付) ※単回受講不可

申込書にご記入の上、FAXでお申し込み頂いた後、お振込先をご案内します。
ご入金確認後、登録完了とさせていただきます。
振込用紙をもって領収証とさせていただきます。

定員

先着 12 名様

会場

デンタルヘルスアソシエート(相田化学工業株式会社)
東京都千代田区四番町8-1 東郷パークビル4階



お問い合わせ：デンタルヘルスアソシエート(相田化学工業株式会社)

東京都千代田区四番町8-1 東郷パークビル4階

TEL：03-6893-2331

FAX：03-6893-2370

MAIL：aida@dha.gr.jp

URL：https://dha.gr.jp



お申込はこちらから

『「力学の追究」が可能にした“リング丸かじりができる”全部床義歯
 ～ “安定義歯”(すっぽんデンチャー)の理論と製作法 ～
 ベーシック&ハンズオン 2日間コース』
 お申込み書

お申込みFAX番号:03-6893-2370

以下の必要項目にご記入のうえ、お申込みをお願いいたします。

当セミナー申込書の使用目的および個人情報の取り扱いについて

- ① **個人情報の利用目的**/この申込書に記載頂いた、個人情報は、セミナー運営に関わる事項(申込確認・出欠確認・部材準備など)に利用させていただきます。
- ② **個人情報の共同利用について**/記載頂いた個人情報は、各種セミナー、各種製品情報の提供、ご案内の送信として当社・協賛各社でのみ共同利用させて頂く場合がございます。
- ③ **個人情報の開示等の請求について**/当セミナー申込の為に提供頂いた、個人情報の開示・訂正・追加又は削除・利用停止等をご希望される場合は、下記個人情報相談窓口までお問い合わせください。
- ④ **個人情報提供の任意性について**/個人情報のご提供を頂くことは任意です。ただし、必要とされる情報をご提供頂けない場合は、ご要望にお応えできない場合がございます。

【個人情報に関するお問い合わせ先】

個人情報相談窓口:相田化学工業株式会社 総務部 電話:042-368-6311

この申込書に関する個人情報の取り扱いについて、上記の説明文を一読くださりご了解を頂きました上で、是非このセミナーにお申込み頂きますようお願い申し上げます。

個人情報の取り扱いについて (下記チェックをお願いいたします。)

同意する

同意しない

お申し込みは、FAXで 03-6893-2370 までお送りください。

| | | | |
|------|---|------|--|
| フリガナ | | フリガナ | |
| お名前 | | 貴医院名 | |
| フリガナ | | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |
| Eメール | | | |

