

患者ライフステージ考慮した低侵襲埋入手術 と補綴設計、デジタルデンティストリーの現在 そして未来

近年、インプラント治療においても低侵襲のコンセプトが進化しています。様々な骨造成処置をできるだけ避けることにより、術式の複雑さがなくなり、患者さんの心身のストレスも軽減できます。そのことは健康寿命が延びた現代の患者さんには大変有利と考えます。また、インプラント補綴物は経年的に修理改変を必要とすることが多く、術者可撤式補綴装置の有用性を再考することも必要です。

そして、インプラント補綴物を製作するうえで重要なステップの一つに印象採得があります。デジタル技術の著しい進化により、インプラント補綴物製作においても光学印象咬合採得を用いる場面が増えてきました。そのことにより、チェアタイムの短縮や患者さんの印象時の苦痛を減じることが可能となり、デジタルデータにて補綴物を製作することで模型管理や廃棄物処置が無くなることにより、スタッフは空き時間ができ、ユニット周りの清掃消毒作業を入念に行えるなどメリットもあります。当然、印象にかかる毎回のコストの低減も同時にはかれます。

本セミナーはインプラント治療のセクションでは、ショートインプラントとプロファイルインプラントを用いた低侵襲インプラント埋入手術と容易に修理改変を行える術者可撤式補綴装置について、デジタルデンティストリーのセクションでは、セレクト治療を中心に現在何を行うことができ、将来どのように展開される予想であるかをお話したいと思えます。



竹下 賢仁先生

1993年 日本歯科大学新潟歯学部卒業
1997年 だけした歯科開業
2006年 スタディーグループI.O.R.設立
2020年 東北大学大学院歯学部研究科・
歯学部博士課程 修了
(顎顔面・口腔外科学分野 主任教授 高橋 哲教授)
2021年 東北大学大学院歯学部研究科
顎顔面・口腔外科学分野 臨床教授就任

- ・歯学博士
- ・東北大学大学院歯学部研究科
顎顔面・口腔外科学分野 臨床教授
- ・臨床研修歯科医師指導医
- ・日本口腔インプラント学会専門医
- ・I.O.R.主宰
- ・デンツプライアストラテックインプラントシステム
EVアンバサダー
- ・AO active member



武末 秀剛先生

1996年 東京医科歯科大学歯学部卒業
2000年 西新宿歯科クリニック勤務
2007年 ISCD セレクトトレーナー取得
(アラブ首長国連邦ドバイ開催)
2011年 西池袋TKデンタルクリニック開設
2020年 ADD
(ACADEMY OF DIGITAL DENTISTRY)
設立



↑お申込はこちらから

講義と埋入実習、光学印象実習あり

開催日:2022年6月26日(日)

定員:15名

*昼食付き

時間:10:00~16:00

受講料:35,200円(税込・器材費込)

場所:デンタルヘルスアソシエート(相田化学工業株式会社)

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://www.dha.gr.jp>

『患者ライフステージ考慮した低浸襲埋入手術と補綴設計 デジタルデンティストリーの現在そして未来』お申込み書

お申込みFAX番号:03-6893-2370

この度は、セミナー参加の申込みを頂き、誠にありがとうございます。
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			

