

マルチディシプリナリーアプローチⅥ(補綴：コンプリートデンチャー)

補綴治療は形態と機能を回復するための治療です。「咬合・咀嚼が創る健康長寿」における概念を基礎に正確な知識・手技の習得することで患者様の健康長寿に貢献できる補綴治療の総合コース（有歯顎・無歯顎の咬合論からクラウン・ブリッジ、部分床義歯、総義歯まで）です。ワンランク上の補綴治療を目指すシリーズです。

コース No. 09180802

マルチディシプリナリーアプローチⅥ②(補綴：コンプリートデンチャー)

最新の総義歯治療（補綴Ⅵ）

The Latest Treatment of Complete Denture

■講師紹介



上濱 正
Akira Uehama
ウエハマ歯科医院 院長
明海大学歯学部 臨床教授
日本歯科大学生命歯学部 客員教授
日本顎咬合学会 前理事長・指導医
日本補綴歯科学会
補綴専門医、指導医
日本臨床歯周病学会 認定医



小林義典
Yoshinori Kobayashi
日本歯科大学 名誉教授
日本学術会議会員
(第 18,19 期)
日本補綴歯科学会
元理事長

■講 師：上濱 正 Akira Uehama、小林義典 Yoshinori Kobayashi

■概 要：超高齢化時代を迎え、無歯顎に至る過程の変化（不適合な総義歯の長期使用、高度な歯周炎、歯根破折、インプラント治療の予後不良など）で、総義歯治療は難症例が増大しています。従来の「維持・安定」の概念から、「支持・支持・筋平衡・咬合平衡」という概念で総義歯治療を整理してみると、義歯の体積（長さ×幅×高さ）と形態が大きく変わります。

総義歯補綴治療の目的は、総義歯治療により、おいしく食べて（噛んで）、笑ったり、歌ったりして健康で充実した日常生活を送ることです。まさに、「総義歯による咬合・咀嚼が創る健康長寿」を達成するための総義歯治療が必要となります。

今回は小林義典先生に理論（講義）を、上濱 正先生には実習により最新の総義歯補綴臨床を解説いただき、その知識、手技を習得していただきます。

■定 員：15 名

■日 時：2019 年 2 月 24 日（日）10：00～18：00

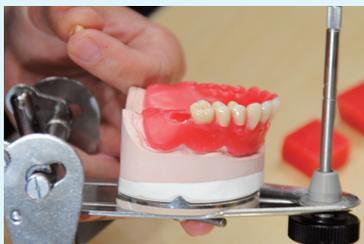
■会 場：東京・新宿区 明海大学・朝日大学サテライトキャンパス
明海大学・朝日大学歯科医師生涯研修センター

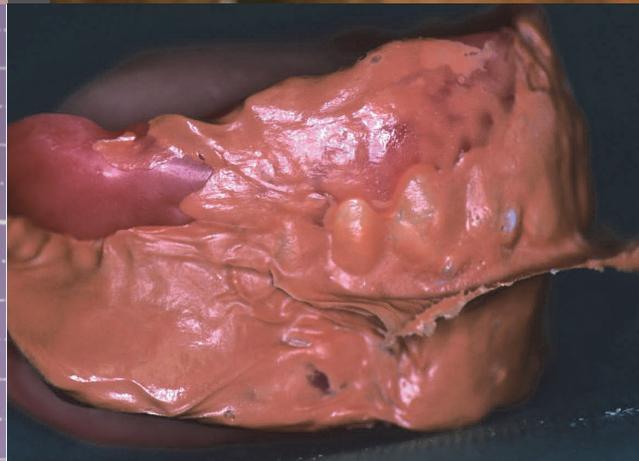
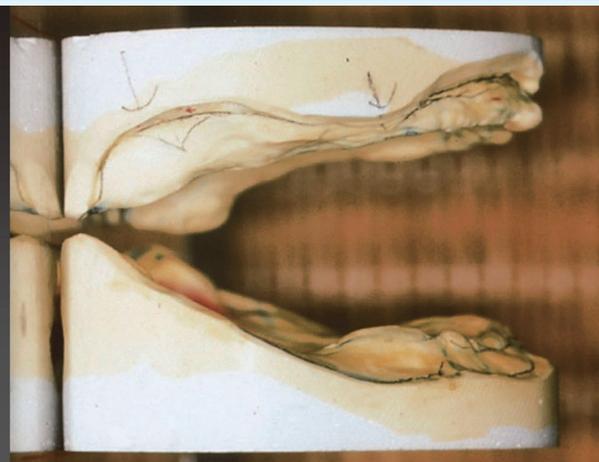
■受講料：50,000 円（実習材料費、教材費含む）

◆入金をもって受講登録とさせていただきますので、予めご了承ください。

■プログラム

講 義(Lecture)	実 習(Hands on)
1) 現代日本人の無歯顎と総義歯の問題点とは	1) 診査・診断
2) 超高齢化における難症例総義歯治療の指針（安定した咬合、咀嚼と総義歯治療の指針）	（維持・支持・筋平衡・咬合平衡とは）
3) 総義歯治療における健康長寿	2) 印象採得・咬合採得
4) 健康長寿を達成するための歯科医師、歯科技工士が習得すべき知識、技術、態度	3) 究極のニュートラルゾーンテクニック
	4) 高齢者に満足感を与える人工歯排列と咬合様式
	5) 患者が健康長寿を実感できる総義歯の体積と形態





パッケージ料金 コース№09180802 マルチディシプリナリーアプローチVI①(補綴：コンプリートデンチャー) 受講で 95,000 円
 旧義歯を用いた総義歯治療の実際 (補綴V)

マルチディシプリナリーアプローチVI(補綴：コンプリートデンチャー) コース受講者パッケージ料金について

■マルチディシプリナリーアプローチVI(補綴：コンプリートデンチャー)の2コース全てを受講希望される先生方、2コース合計100,000円のところパッケージ料金95,000円で受講することができます。

なお、一度納入された受講料の返金はいたしかねますので、予めご了承下さい。

◆パッケージコースについては、分割払い制度を利用して、受講することができます。

- (注意) 1.ドレスコードのお願い、服装は必ずしもフォーマルである必要はありませんが、襟なしシャツや短パンなど、周囲の雰囲気を損なわない服装やエチケットにご協力をお願い申し上げます。
 2.個人情報保護法に基づき、肖像権について使用承諾を頂いている先生について掲載しております。

■照会先 明海大学歯学部生涯研修部
 〒350-0283 埼玉県坂戸市けやき台1番1号
 TEL：049-279-2728 FAX：049-285-6036
 E-mail：info@m-a-univ-ce.com

■受講申込書
 (注意) 1.E-mailアドレスは、必ずご記入ください。
 2.入金をもって受講登録とさせていただきますので、予めご了承ください。



受講申込 コースNo.	氏名 (漢字)	氏名 ローマ字 (大文字)				
ご案内郵送先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 歯科医院 ※どちらかにチェックして下さい		病院名	出身校	卒業年度 年度	紹介者	
住所 〒 -			TEL	携帯		
			FAX	E-mail		