

北海道 Open Seminar

— 欠損補綴治療において、その一つのケースにかける執念 —

昨今の北海道における欠損補綴への対応は、形態化されている様子うかがわれます。欠損補綴のさらなる一手、そして次の一手をこの大地に「KSIメソッド」としてお伝えしたく、今回の開催に至りました。オーラルフレイル(歯・口の機能の虚弱)の予防が歯科界で提唱される中、いかにLongevity(永続性)を獲得し達成していくのか…。南昌宏先生をはじめスタディグループK.S.Iより奥森健史先生、小山邦宏先生、藤野智之先生にそれぞれ欠損補綴の永続性をご講演いただきます。

この「試される大地 北海道」から息吹を巻き起こすべく想いを持ち開催いたします。皆様この機会をお見逃しなくご参加されることを心よりお待ちしております。

北島 正之

大会委員長



北島 正之先生
株式会社デンタルプロ

大会副委員長



足立 俊哉先生
株式会社北島デンタルラボ

大会役員

- 梶木 修先生
株式会社東洋デンタルラボ
- 清水 宜彰先生
株式会社北島デンタルラボ
- 橋野 直樹先生
株式会社デンタルラボ

Dentist

欠損部補綴の着目点

～ パーシャルデンチャーへの対応～



講師
南 昌宏先生
医療法人 協栄会 南星北病院

発着・補綴治療計画セミナー
フェイスディレクター
S-D Japan フランダー
大阪ICD相談役
日本歯周病学会評議員
日本歯周病科学会評議員
大阪医科大学歯学部 非常勤講師

欠損部補綴についてはインプラント、ブリッジなどの補綴物による対応が昨今注目されているところですが、実際の臨床の中には患者の諸条件ではそれ以外の対応しきれないことしばしば遭遇します。

今回はそういった場合へのパーシャルデンチャーやインプラントを用いたパーシャルデンチャーへの対応を中心として欠損部補綴の着目点とその実例について奥森氏とのコラボレーションした臨床例から考えてみたいと思います。

Dental technicians

審美・インプラント時代に準じた デンチャーデザイン

～ パーシャルデンチャー・オーバーデンチャーの捉え方～



講師
奥森 健史先生
有限会社デンタルプログループ

発着・補綴治療計画セミナーインストラクター
K.S.I.講師
大阪大学歯学部 歯科工士部スーパーバイザー
大阪ICD相談役
日本歯科技工士会認定講師
日本歯科学会 指導科工士
デンタルード テクニカルアドバイザー
デンタルラム 公認インストラクター

欠損補綴において、パーシャルデンチャー・オーバーデンチャーによる対応は、その欠損例列に対する補綴設計の一つのオプションとなります。一時代を通過したインプラントによる対応にて、審美・機能改善されたい事象“fixed固定性装置”ケースが存在する現在の日常臨床ではありますが、中には、欠損様式の中でブリッジまたはインプラントが最適なケースにおいては可能装置が選択されます。そういった場合にラゴサイドにおいてはその基本概念とキーワードを押さえておくことが重要だと思います。

オープンセミナー2016では、審美補綴の場において、数々のエビデンスに基づき審美症例や論文を発表されている南昌宏先生をお招きし、パーシャルデンチャーに迫って頂きますのでご期待ください。多くのご来場をお待ちしております。

機能するパーシャルデンチャーへと
導くための押さえておくべきキーワード



講師
小山 邦宏先生
デンタルプログループ

水戸 1 会員
水戸 2 インストラクター
日本歯科技工士会認定講師
大阪ICD会員

作業用模型から口内内へ
～ そのアドバンテージを再考する～



講師
藤野 智之先生
有限会社補綴研 代表取締役

水戸 1 インストラクター
名古屋ICD会員
日本歯科学会 会員

ランチョンセミナー

講師 **三浦 知也先生** **足立 俊哉先生**
株式会社プライムデンタル 株式会社北島デンタルラボ

日時	2016年4月3日(日) 10:00～16:00
定員	150名 (定員になり次第締め切らせていただきます)
概要	ロイトンホテル 2F エンプレスホール 北海道札幌市中央区北1条西11丁目
場所	アクセス：地下鉄東西線「西11丁目」駅1番出口より徒歩約3分

受講費 (講師料 含む)	お申込み時期	早期申込 2016年2月末までに発行	通常申込 2016年3月15日に発行
	歯科医師	13,500円	16,740円
	歯科技工士	9,720円	12,960円
	K.S.I.会員	7,560円 年会費に含む ※2016年2月末までに発行の方のみ	

後援：HOKKAIDO DENTAL ASSOCIATION 協賛：Kansai Skill-Up Innovation

北海道 OPEN SEMINAR 参加申込書 送信先FAX番号 0120-24-0892

氏名	住所 〒	
職業 (歯科医師、歯科技工士、K.S.I.会員)		
医院名/ラボ名	TEL	FAX

歯科技工士スタディグループ K S I WEB サイト >>