

# 顎顔面矯正治療 ベーシック 8日間コース

Course of Orthopedic Treatment on Dentofacial Component

不正咬合は歯槽骨と顎骨の発育に問題がある場合がほとんどです。発育期の矯正治療はこの問題を正常な発育に戻すことが基本となり、これは顎顔面矯正治療法と呼ばれ、歯並びのベースとなる歯槽骨・顎骨・頭蓋骨、それらを取り巻く軟組織までを考慮した一連の矯正治療です。

本コースでは、顎顔面矯正治療の進め方について、矯正装置の製作と使用法を習得して頂くと共に、不正咬合の病因・病態論、治療論（診断と治療計画）、予防論について詳しく解説します。また、各回には希望される先生より症例を提示して頂き、症例検討を進めて参ります。

黒江 和斗

## 講師 黒江 和斗 先生

1980年 福岡歯科大学卒業  
 1980年 鹿児島大学歯学部 歯科矯正学講座 - 研究生 / 医員  
 1982年 鹿児島大学歯学部 歯科矯正学講座 - 助手  
 1986年 - 87年 宮崎医科大学歯科口腔外科学講座 - 助手  
 1992年 鹿児島大学歯学部 歯科矯正学講座 - 講師  
 1995年 - 96年 大英自然史博物館 古生物部門 人類起源グループ - 留学  
 2000年 鹿児島大学歯学部 歯科矯正学講座 - 助教授  
 2005年 矯正歯科くろえクリニック - 開業 / 鹿児島市  
 2007年 - 14年 日本矯正歯科学会 - 理事  
 2008年 顎顔面矯正治療法ベーシックコース start  
 2012年 - 13年 九州矯正歯科学会 - 会長

## セミナー内容

- 第1回 ■不正咬合の病因論と病態生理、治療法としての顎顔面矯正治療の概念  
 ■(実習) Hyrax type エキスパンションスクリューの製作方法と使用法  
 ■(実習) 下顎リンガルアーチの製作方法と使用法
- 第2回 ■顎顔面矯正治療法としての Alto-RAMEC と EMOP の考え方と治療の実際  
 ■(実習) Variety type エキスパンションスクリュー製作方法と使用法  
 ■(実習) ツインヘリックス、TPA の製作方法と使用法
- 第3回 ■(実習) Fan type エキスパンションスクリューの製作方法と使用法  
 ■顎顔面矯正治療法における診査・診断・分析
- 第4回 ■Ⅱ級不正咬合に対する治療手段と治療の考え方  
 (下顎の前下方への成長促進の進め方)  
 ■(実習) FKO の概要と製作方法 (誘導線の屈曲)、使用法  
 ■総括

Photo by R. Asakawa

2023年  
東京  
8日間コース

日時  
各回 1 日目  
10:00 ~ 19:00  
各回 2 日目  
9:00 ~ 15:30

第1回 4月 22日(土)23日(日)  
 第2回 5月 27日(土)28日(日)  
 第3回 6月 24日(土)25日(日)  
 第4回 7月 15日(土)16日(日)

会場 ベルサール神保町アネックス

2023年  
大阪  
8日間コース

日時  
各回 1 日目  
10:00 ~ 19:00  
各回 2 日目  
9:00 ~ 15:30

第1回 9月 9日(土)10日(日)  
 第2回 10月 14日(土)15日(日)  
 第3回 11月 11日(土)12日(日)  
 第4回 12月 9日(土)10日(日)

会場 新大阪ブリックビル

■受講費 437,800 円 (税込み / 8 日間コース)

■定員 約 60 名

## ■申込方法

参加申込書に必要事項をご記入の上、FAX またはメールでお申込みください。

申込書の確認後、受付確認書をお送り致します。

## ■問合せ先

株式会社 デンタリード

seminar@dentalead.co.jp

大阪本社 〒532-0033 大阪市淀川区新高 1-1-15

TEL : 06-6396-4448 FAX : 0120-24-0892

東京支店 〒101-0052 千代田区神田小川町 1-11 知タ12F

TEL : 03-5217-0353 FAX : 03-5217-0366



## 参加申込書 [2023 Basic]

申込先メール▶seminar@dentalead.co.jp

【東京会場】申込先 FAX▶03-5217-0366 【大阪会場】申込先 FAX▶0120-24-0892

|                  |                  |  |  |                                                             |  |  |  |
|------------------|------------------|--|--|-------------------------------------------------------------|--|--|--|
| ローマ字名            |                  |  |  | 医院名                                                         |  |  |  |
| お名前              |                  |  |  | ご紹介者                                                        |  |  |  |
| ご住所              | (〒      -      ) |  |  |                                                             |  |  |  |
| TEL              |                  |  |  | FAX                                                         |  |  |  |
| E-mail           |                  |  |  |                                                             |  |  |  |
| 参加会場 (✓印を入れて下さい) |                  |  |  | <input type="checkbox"/> 東京会場 <input type="checkbox"/> 大阪会場 |  |  |  |