

筋機能矯正システム臨床の実際

—Trainer・Myobrace を使って—

共催：株式会社オーティカ・プロモーション ・ 株式会社オーティカ・インターナショナル



講師：塩田 雅朗 (医療法人社団 コロムビア会 アヒルの子歯科 理事長)

講師略歴

- 1978年 東京歯科大学卒業
コロムビア予防歯科センター勤務
- 1985年 アヒルの子歯科開院
- 2011年 Myobrace Member 加盟
- 2014年 Trainer/Myobrace 治療専門歯科医院
こども矯正歯科クリニック開院

財団法人 日本小児歯科学会専門医

筋機能訓練を取り入れた歯列矯正治療法の1つとしての Myofunctional Orthodontic System (筋機能矯正システム) は Dr.Chris Farrell によって考案され、原因に焦点をあてることにより発育期の子ども達が拔牙やブラケットを避けることが可能になる矯正治療法として世界 100ヶ国以上に広まっています。顎骨の中で歯を移動するという考え方を持たず、習癖を治すことによってきれいな歯並びと顔貌の良好な発育を得ることができ、さらに保定の必要性もなくなります。結果として子ども達に正しい姿勢と鼻呼吸を習慣づけることは、矯正治療を通じて発育期の子ども達への健康への貢献につながります。また、この治療はいわゆる I 期治療としてではなく、システムとして取り入れることにより矯正治療を完結することができます。

主な講演内容

Philosophy と Introduction

- ・原理、目的、ゴール、治療方針
- ・Trainer・Myobrace 治療の意義
- ・遺伝と機能 (環境)
- ・不正咬合の病因論

筋機能矯正システム臨床の実際

- ・なぜシステムなのか？システムの意義
- ・治療の流れ、軟組織診断、治療計画
- ・3つの鍵 (Trainer, BWS, Activity)
- ・Education (スタッフ教育、患者教育)

装置の説明 (オーティカ・インターナショナル)
汎用装置の紹介 (Trainer, Myobrace)

Case (症例紹介)

- ・Trainer・Myobrace を用いた症例。
- ・No Brace, No Extract, No Retainer, Better Face
- ・治療終了の判断基準とフィニッシングプログラム

質疑応答

開催日時：2019年6月27日(木) 12:00~17:00

会場：ホテルマイステイズ新大阪コンファレンスセンター

〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島 6-2-19

JR「新大阪」駅新幹線の南口改札、在来線の東改札口より徒歩5分

地下鉄御堂筋線「新大阪」駅7番出口より徒歩5分

地下鉄御堂筋線「西中島南方」駅1番出口より徒歩5分

定員：200名

受講費	35,000円(税込)		
お申込方法	必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。 FAX受領のお知らせをお送り致しますのでご確認後受講費をお振込みください。 ※お振込みの確認が取れ次第、正式登録となります。振込手数料は各自ご負担ください。 ※お振込みの際に開催地とお名前または歯科医院名をご入力ください。 例：トウキョウ オーティカデンタル	※講習会開催の2週間前よりキャンセル料として、受講料の100%を申し受けます。 また2週間前までのキャンセルに伴うご返金の際は、振込手数料を差し引いた金額となります。	
お問合せ先	株式会社オーティカ・インターナショナル講習会事務局 TEL:03-3353-3676 Mail:seminar@orthika.jp 担当:塚田・木暮	FAX:03-3353-3830	
ひらがな	<input type="checkbox"/> 歯科医師	クリニック名	<input type="checkbox"/> 矯正歯科
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
クリニックご住所	〒 -	TEL: ()	FAX: ()
※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。			
<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceを弊社より購入			<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceをディーラーより購入
<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceをディーラーより購入			<input type="checkbox"/> 使用したことがない
この講習会をどこでお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> JOP	<input type="checkbox"/> 小児歯科臨床 <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> その他
弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認
			受講票送付

※複数名のお申込みは裏面をご使用ください。

筋機能矯正システム臨床の実際 お申込み書

FAX : 03-3353-3830

お申込日 月 日

クリニック名		<input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
ご住所	〒 _____	TEL : (_____) FAX : (_____) <small>※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。</small>

<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceを弊社より購入	<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceをディーラーより購入	<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceを使用したことがない
--	---	---

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	お名前		<input type="checkbox"/> その他 (_____)

弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付