



これが根管治療の新しいやり方だ

「安心・安全・コスト削減の根管治療」



ぽつんと一人根管治療、この孤独を勇気づける
根管治療力が10倍アップする
驚きの超音波チップによる根管治療

根管治療が成功する3つのポイント

- 1) 根管治療時間と回数の短縮化 (安心) : エンド用超音波チップを使用
- 2) 根管治療術式の簡素化 (安全) : 抜髄、初発、再根管治療の考え方、手技が同じ
- 3) 根管治療費用の削減化 (安価) : 特別な器具、器材、薬剤がいらぬ

《講義内容の一部紹介》

- アメリカエンドのコンプレックスを吹き飛ばすジャパニーズエンドとは
- 根尖病変は体を守る正義の味方 ● 根尖病変の敵はバイオフィルムにあり
- 根管内に棲息する細菌は根管象牙質のどこまで侵入しているのか
- セメント質は細菌侵入や進出を防ぐ最強の岩である ● インプラントにはないセメント質を必要とする根管治療 ● 根管形成はK型ファイル30番まで

一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 理事長

プログラム開発者 **明石 俊和 先生**

日本大学大学院歯学研究所 (歯内療法学専攻) 修了 歯学博士
ニューヨーク州立大学バッファロー校ペリオ・エンド講座元助教
日本大学元診療教授
日本大学歯学部兼任講師

での理由 ● 電氣的根管長測定器の正しい使い方 ● 超音波チップは根管を綺麗にする魔法のチップ ● 次亜塩素酸ナトリウムは根管を無菌化する魔法の液体 ● 綿栓交換はもういらぬ ● もう使わぬ根管貼薬剤・治療剤 ● 水酸化カルシウムは根管消毒として使わぬ ● 根管内細菌・バイオフィルム除去法 ● 根管充填時期はこうして決める ● 側枝・分枝根管への根管充填ができる明石式根管充填法

第一部 安心・安全・コスト削減の根管治療

根管拡大後の根管壁はスメア層が除去され、象牙細管が現れているのが根管治療成功の秘訣です。マイクロやニッケルチタンファイルに頼らぬ術式で、安心して安全にコスト削減したやり方で明日の診療からすぐ使えるお話です。

高額な器具、特別な器材を使わず、抜髄、初発根管治療、再根管治療を行い、明日からすぐできる方法で根充まで行、質の高い根管治療の「ツボ」を伝授します。

第二部 エンド用超音波チップによる新根管治療

エンド用超音波チップは根管拡大・形成を行いながら、根管洗浄・清掃も同時に並行して行える画期的な根管治療器具です。

エンド用超音波チップは髓腔開拓、根管口探索、MB2根管口発見、イスマス確認と清掃、エンド三角除去、根管拡大・形成、根管洗浄・清掃などが行えます。また、細菌、バイオフィルム、スメア層の除去からメタル・CR築造、根充材(剤)、破折ファイル撤去等にも使用できます。

新開発された万能超音波チップホルダーにエンド用超音波チップを装着し、簡単に効率よく根管治療を行うお話です。

各日程 **2020年 2月16日(日) 3月15日(日)**
4月12日(日) 5月17日(日)
10:00~16:00 (受付9:30~、昼休憩1時間有)

会場 **全国町村会館** www.zck.or.jp
〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 TEL 03-3581-0471

受講料 **31,000円** (税込)



《申込方法》申込書にご記入し、FAX、郵送、e-mail、学会の申込フォームからお送りください。http://jacms.jp/seminar
お振込みをもって正式な申し込みとさせていただきます。その後、「受講証」をお送り致します。なお、受講料の振込期限は開催日の二週間前です。期日までに入金確認できなかった場合はキャンセルとみなされます。*定員24名になり次第、締め切りとさせていただきますことを予め承ください。

《問合せ先》〒107-0062 東京都港区南青山3-14-24 ピロティエー青山104
一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 TEL 03-6455-4542 FAX 03-3401-0882 E-mail: rinshoushika@gmail.com

《振込先》みずほ銀行 青山支店 (211) 口座種別: 普通 口座番号: 2204655 口座名義: 一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 ※振込手数料は各自ご負担願います。
※お振込みの控えをもちまして領収書に代えさせていただきます。
※お振込み時にセミナー受講の日付と受講者名を入力してください。例) 受講日 12月10日 遠藤 知亮 — 1210 エンドウ チリョウ

「安心・安全・コスト削減の根管治療」セミナー申込書

2020年 <input type="checkbox"/> 2月16日(日) <input type="checkbox"/> 3月15日(日) <input type="checkbox"/> 4月12日(日) <input type="checkbox"/> 5月17日(日) ※ご希望日に✓印	歯科医院名	フリガナ	
	歯科医院住所 (〒)	受講者氏名	
	歯科医院電話番号 ()	携帯番号	
		E-mail	