

# BIOHORIZONS® Meeting Osaka 2017

## 今こそインプラント周囲炎と真剣に向き合おう

昨今、インプラント治療後の合併症として、「インプラント周囲炎」が高い確率で発症することを多くの国民が認知しはじめています。これからはインプラントを保守する力量の高い歯科医院が求められ、インプラント保守時代が到来することが予想されます。

このような背景から、インプラント周囲炎に向き合っていただく機会となることを希望し、講演会を開催いたします。インプラント治療を担当する歯科医師の先生方はもちろんのこと、実際に保守を担当する歯科衛生士や歯科技工士の方々にもご来場いただき、歯周病学だけではなく口腔外科学からインプラント周囲炎を考察するとともに、現場での取り組みを歯科医師およびコ・デンタルの立場からお話させていただきます。

また、BioHorizonsのLaser-Lok®機能を活かした臨床応用についてもご紹介させていただきます。

### 基 調 講 演

インプラントカラー部の形状・性状と  
インプラント周囲炎との関連

インプラント周囲病変、現在までの知見  
～敵を知り己を知れば百戦殆うからず～

### モデレーター&講師

Laser-Lok®はインプラント周囲炎の  
抑止力となるか？  
～そのテクノロジーとサイエンス～



Dr. 堀内 克啓



Dr. 大月 基弘



Dr. 鈴木 秀典

### 講 師 (五十音順)



インプラント周囲炎の予  
防への衛生士としての取  
り組み

DH. 塩浦 有紀



インプラント周囲炎の予  
防に配慮した上部構造  
の作製とメンテナンス  
の実際

Dr. 白土 徹



インプラント周囲軟組  
織の外科的マネージメ  
ント

Dr. 寺嶋 宏暉



インプラント周囲炎を予  
防するフィクスチャーの  
選択と埋入ポジション

Dr. 西嶋 一路



インプラント周囲炎を考  
慮したアバットメント形  
態

DT. 細川 直哉



なぜ? Laser-Lokなの  
か?  
～臨床ケースを通して～

Dr. 藪 健一郎

### ランチョン セミナー

DHが診るインプラント  
周囲疾患



DH. 横谷 亜希子

日 時

2017年11月19日(日) 10:00~16:30 (受付9:30~)

会 場

ブリーゼプラザ 7F 小ホール  
大阪府大阪市北区梅田2-4-9 TEL:06-6344-4888

参加費

歯科医師/10,000円 コ・デンタル/5,000円  
(昼食代、消費税、懇親会費含む)

# BIOHORIZONS® Meeting Osaka 2017

## 今こそインプラント周囲炎と真剣に向き合おう

### 日時

2017年11月19日(日) 10:00~16:30 (受付9:30~)

### 会場

#### ブリーゼプラザ 7F 小ホール

大阪府大阪市北区梅田2-4-9

●会場アクセスのお問い合わせ

TEL.06-6344-4888

<http://www.breeze-plaza.com/access/>

### 受講料

歯科医師 / 10,000円

コ・デンタル / 5,000円

※昼食代、消費税、懇親会費含む

### お申し込み方法

下記の参加申込書にご記入の上、当社までFAXでお申込みください。  
受講料は下記の銀行口座宛にお振込みください。  
ご入金を確認した段階で登録完了となります。

三菱東京UFJ銀行 麴町支店 普通 0122250  
口座名/株式会社カイマンデンタル

### 当講演会についてのお問い合わせ

#### 株式会社カイマンデンタル

〒102-0082 東京都千代田区一番町8番地15 一番町MYビル  
TEL.03-3238-7560/FAX.03-3238-7561

※事前登録制ですので定員となり次第、締め切らせていただきます。  
※受講料のお振込をもちまして正式なお申込とさせていただきます。  
※振込受領証をもって領収証とさせていただきます。  
※お振込後の返金はいたしかねますので、予めご了承ください。  
※会場内でのビデオ撮影、音声録音、静止画像撮影は一切禁止させていただきます。

### 会場案内図



### 交通のご案内

- ・四つ橋線西梅田駅 → 徒歩3分
- ・阪神梅田駅(西改札) → 徒歩5分
- ・JR大阪駅(桜橋口) → 徒歩5分
- ・JR東西線北新地駅 → 徒歩5分

## BIOHORIZONS® Meeting Osaka 2017 〈参加申込書〉

ご記入の上、**F 0800-700-9898** または **03-3238-7561** までFAXにてご送信ください。

フリガナ 氏名	ご住所 〒	
<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> その他		
医院名	TEL.	FAX.
	e-mail.	

※お客様の個人情報に関しましては、当社個人情報保護ポリシーに基づき厳重に管理致します。当社ホームページをご覧ください。 <http://www.caimandental.com>

© 2017 Caiman Dental CO., Ltd. All right reserved. CA0080