



YK

「今までの予防＝リコール」とは違う

「患者さんが継続的に来院する定期管理型ステップ」とは！！

診療ステップ習得編

今日における予防歯科は、エビデンスに基づいた診査、診断によってリスク評価を行い、発症を未然に防ぎコントロールする流れに沿った管理型に焦点が当てられています。治療中心よりも定期管理で来院したほうが歯の経年的な喪失を防ぎ、高い医療効果も期待できますが、どのように意識の高い方々を自発的に来院して長期メンテナンスに導くか、意外にその具体的な実践方法は語られることはありません。

私たちの提唱する「定期管理型」歯科医療では患者さんの未来の口腔を予測し、適切な治療、結果の評価が可能であると考えています。さらに医療の質をデータで管理し結果を開示する。そのような歯科医院が増えることで、患者さんや地域が変わっていくことになるでしょう。それこそが社会の資産となるべき歯科医院の未来形であると信じています。基礎概論、診療ステップ概論を通して患者さんを教育、心理的アプローチをもって自発的な予防行動を定着、習慣化させ、根拠に基づく口腔内の生物学的健康バランスを築き、長期的に口腔の健康を保つ医療戦略を一緒に考えていきます。

ご参加される先生方の、本セミナーにおける最も大きなチャレンジは、歯科医のみならず、医院組織全体の臨床に対する考え方のパラダイムシフトを起こすことです。全てのスタッフが担当患者を疾患の無い健康な状態でサポートすることは、健康志向の生活者にとってどれだけの価値のあることでしょうか？

この機会にご一緒に勉強できますことを大変楽しみにしています。



メイン講師

麻生 幸男

麻生歯科クリニック 院長
日本歯科大学 附属病院総合診療科 2 臨床講師
博報堂グループKDP医療教育担当 主任



臨床講師

有渡根 亜希子

歯科衛生士
麻生歯科クリニック勤務

※都合により、講師が変更になる場合がございます。

■開催日時 2015年10月18日(日) 9:30～16:00

■開催場所 株式会社ヨシダ 北海道支店
北海道札幌市北区北16条西3-1-15 3階会議室

■参加費 ○1医院3名まで 36,000円(税込)
○1医院1名 18,000円(税込)

■お申込み方法 ① ヨシダホームページからお申しいただくか、申込書に必要事項をご記入頂き、FAXにてお申し込みください。
② 参加費をお振り込み頂き、入金の確認をもって正式受付とさせていただきます。
※振込手数料はお客様のご負担をお願いします。※お振込用紙をもって領収書にかえさせていただきます。
③ ご希望の会場の空席状況を事前にヨシダホームページまたはお電話にてご確認ください。

■定員 30名

セミナーへのお申し込みはヨシダホームページからパソコンやスマホで簡単にお申し込みできます。

<http://www.yoshida-dental.co.jp>

ホームページからのお申込なら
参加費は10%OFF!



10.18sun in 北海道

[1DAY]



「今までの予防＝リコール」とは違う

「患者さんが継続的に来院する定期管理型ステップ」とは!!

診療ステップ習得編

10/18(日)当日のスケジュール

	内 容	講 師
9:30 ~ 10:20	時代が求める患者と歯科医院との関わり方	麻生 幸男 先生
10:20 ~ 11:20	定期管理型の流れ	有渡根 亜希子 歯科衛生士
11:20 ~ 12:00	初期治療の目的とアウトプット・アウトカム	有渡根 亜希子 歯科衛生士
12:00 ~ 12:40	ランチオンセミナー	ヨシダスタッフ
12:40 ~ 13:40	患者利益の高いリスク評価の実際	有渡根 亜希子 歯科衛生士
13:40 ~ 14:30	リスクに応じた予防計画の立案から提案まで	有渡根 亜希子 歯科衛生士
14:30 ~ 15:20	予防歯科におけるデータ記録管理の重要性とその活用について	有渡根 亜希子 歯科衛生士
15:20 ~ 16:00	まとめ・質疑応答	麻生 幸男 先生

※都合により、内容と講師が変更になる場合がございます。

〈お申し込み先〉

ヨシダHPよりお申し込まいただくか、下記申込書にてお申し込んでください。

ヨシダHP <http://www.yoshida-dental.co.jp>

FAX 03-3845-2948

〈問い合わせ先〉

株式会社ヨシダ YKセミナー事務局[担当:山地]

〒110-8507 東京都台東区上野7-6-9

TEL:03-3845-2941

FAX:03-3845-2948

<キリトリ>

〈お申し込み書〉 診療ステップ習得編 10.18sun in 北海道

参加者 ご氏名	① 歯科医師 ふりがな	連絡先 〒 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
	② 歯科衛生士 ふりがな 歯科助手 受 付 <small>※該当に○をつけてください。</small>		TEL () FAX ()
	③ 歯科衛生士 ふりがな 歯科助手 受 付 <small>※該当に○をつけてください。</small>		勤務先歯科医院名 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医
参加人数		E-mail	
名		お出入りディーラー様	
※通信欄			

※ご提供頂いた情報は、目的以外の用途に使用致しません。また漏洩のないように、取扱には厳重に注意致します。