

CAMBRA™ 定期管理予防セミナー 【What's CAMBRA™ 編】

いよいよ日本へ！

これからの予防歯科の新スタンダード
全米トップシェアのう蝕管理
「キャンブラ」を学ぶ、導入する。



日本へ、地域へ、
これからの歯科医療プログラムを。

全米歯科大学65校中、40校が採用！
世界基準のう蝕管理方法を。



CAMBRA™とは「Caries Management By Risk Assessment～リスク評価に基づくう蝕管理～」の略名で、
予防歯科の発達するアメリカ、カリフォルニア大学サンフランシスコ校歯学部長フェーストーン教授が提唱するう蝕予防法です。
う蝕は「う蝕を誘発する疾患指標とリスク因子からなる病変因子」と「う蝕を遠ざける防御因子」の2つのバランスによって発生。
CAMBRA™はエビデンスに基づき、過去のう蝕経験や唾液量等から個人毎のう蝕リスクを評価し、
それに応じたリスクを下げる為の処置をすべてプロトコル化されています。
全米でも広く普及しており、米国65校の歯科大学中、40校が教育プログラムとして導入。
また2013年より全世界に向けて放送されているオンラインコースでは30カ国から8,000人が受講。
これからの日本の予防歯科診療に欠かせない、世界基準のう蝕管理方法です。



CAMBRA™ 定期管理予防セミナー

いま生活者ニーズは予防のための「定期管理型」歯科医療です。
CAMBRA™の考え方やリスクアセスメントの基礎を学ぶ「What's CAMBRA™編」と
CAMBRA™を臨床に応用した「CAMBRA™臨床編」がございます。

What's CAMBRA™編はUCSF（カリフォルニア大学サンフランシスコ校）のコースに準じた内容となりますのでサティフィケートが授与されます
（※申請者のみ、別料金）

【What's CAMBRA™ 編】

『予防歯科を目指そう！カリエスリスク評価をマネジメントする方法』

2015年12月20日初来日したCAMBRA™講演会と同等の内容を学べます。歯質の保存学、
修復学の復習から始まり、CAMBRA™の理論や概要を学んだ上で、実際のリスク評価
の方法、各リスク段階に処方される日本版CAMBRA™のホームケア方法、処置方法
をお伝え致します。



日本版
CRA (カリエスリスクアセスメント)

5.14 sun in 大阪





CAMBRA™ 公認インストラクター

麻生 幸男

麻生歯科クリニック 院長
明海大学歯学部 口腔診断科卒



- 開催日時 2017年5月14日 (日) 10:00-16:00
- 開催場所 株式会社ヨシダ 大阪支店
大阪市西区北堀江1-8-10
- 定員 50名
- 参加費 歯科医師 20,000円 (税込)
ヨシダホームページからのお申込 18,000円 (税込)
歯科医師以外 15,000円 (税込)
ヨシダホームページからのお申込 13,500円 (税込)

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!



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でお願いします。

※お振込用紙をもって領収書にかえさせていただきます。

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。



下記お申込書にて FAX 頂くか、ヨシダHPよりお申し込みください。

FAX 03-3841-8204

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

〈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: 03-3845-2931 FAX: 03-3841-8204

※東京開催セミナーは、明海大学歯学部生涯研修部セミナーとして開催いたします。 ※日本歯科医師会生涯研修単位の取得対象となります。

【CAMBRA™ 臨床編】 Y Kキャンブラ全国セミナー 10:00-16:00

2017 4/16 日 東京 7/9 日 大阪

25,000円 (税込)

【CAMBRA™ 臨床編】では、症例を元にCAMBRA™によるリスク評価や処置方法等、ご紹介いたします。
【CAMBRA™ 臨床編】へのご参加は、【CAMBRA™ 講演会】、または【What's CAMBRA™ 編】の事前のご参加をお勧めしております。

〈お申込み書〉 【What's CAMBRA™ 編】 5.14 sun in 大阪

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