

CAMBRA™ 定期管理予防セミナー 【What's CAMBRA™ 編】

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。



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ザーストン名誉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態因子」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々人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が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™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】

リスクとは何か？リスクマネジメントとは何か？
CAMBRA™の理論を学ぶ

2015年12月20日にフェザーストン名誉教授が講演した日本初のCAMBRA™講演会と同等の内容を学べます。歯質の保存修復学の復習から、CAMBRA™の理論や概要を学んだ上で、実際のリスク評価と処置などの「基礎」を学びます。

概要：う蝕管理におけるリスク評価とは
う蝕リスク評価の根拠と活用法
CAMBRA™のう蝕バランス
う蝕バランスモデル
診断とリスク評価
リスク評価に基づくう蝕管理
治療と再評価



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。

1.13 Sun in 大阪

CAMBRA™ 定期管理予防セミナー

日本へ、地域へ、これからの歯科医療プログラム

バランスによるう蝕のリスク評価方法と歯の再石灰化を促すレシピを学ぶ

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ザーストン名誉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態因子」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™はエビデンスに基き、過去のう蝕経験や唾液量等から個々人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が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6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™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」「診療フロー編」がごございます。



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です。UCSFより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】

日程

2019 1/13 日 10:00~16:00 大阪 (博報堂 関西支社) 定員 60名
大阪市北区中之島2-2-7 中之島セントラルタワー

受講料

歯科医師 22,000円(税込) 歯科医師以外 17,000円(税込)

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

申込方法

Web ①ヨシダホームページ「YK CAMBRA全国セミナー」申込ページよりお申し込みください。
②受講料のお振込み確認後、正式受付とさせていただきます。
※ホームページからお申し込みをいただきますと参加費は10%off!

FAX 下記申込書に必要事項をご記入のうえ、お申し込みください。

FAX.03-3841-8204



お問い合わせ先: 株式会社ヨシダ(村岡) TEL.03-3845-2931

【What's CAMBRA™編】申込書

2019. 1. 13 sun 大阪

ご参加者氏名 ① 歯科医師 〇 歯科衛生士 その他 ※該当に〇をつけてください。	ご住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	TEL: () FAX: ()
	ご勤務先医院名
ご参加人数 ② 歯科医師 〇 歯科衛生士 その他 ※該当に〇をつけてください。	E-mail
③ 歯科医師 〇 歯科衛生士 その他 ※該当に〇をつけてください。	お取引先歯科ディーラー 担当者
※通信欄	

ご提供いただいた個人情報につきましては、弊社事業に関連する情報、製品に関する情報の提供等、弊社インターネットホームページに掲載した個人情報保護方針「利用目的」の範囲内で利用させていただきます。