

# 日本顎変形症学会認定医制度（第3回）

## 各種資格資格申請の手引き（口腔外科）

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会  
認定医制度委員会

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医制度委員会は日本顎変形症学会認定医（口腔外科）制度規則ならびに細則に基づいて、認定審査を下記の要領で実施します。

なお、申請者は原則として本学会ホームページから申請書類一式をダウンロードし申請してください。入力文字は、明朝体フォント、サイズは10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。

### 1. 認定医、指導医、研修施設の申請資格について

各申請資格につきましては、日本顎変形症学会認定医（口腔外科）制度規則ならびに細則に定められておりますので、手引きの内容を十分にご確認のうえ準備を進めてください。

### 2. 提出書類作成について

#### ■ 認定医・指導医

##### (1) 認定申請書

「主たる勤務先」欄は、申請時の段階で本務としている施設名及び講座又は診療科名を記入ください。

「申請者氏名」欄は自筆に限ります。提出された申請書についての問い合わせは、記載されたEメールアドレス宛てに送信しますので、ご注意ください。

##### (2) 履歴書

「学歴・資格・免許・専門医等の事項」欄は、大学卒業以降、歯科医師免許又は医師免許取得、日本口腔外科学会の専門医取得などを記入してください。

「職歴・研修歴等の事項」欄は、大学卒業以降に勤務もしくは研修を行った医療施設名と期間を記入してください。

研修期間自己申告書については、本学会認定の研修施設において研修した期間を示します。研修期間の算定は、初期臨床研修（歯科医師1年、医師は2年）期間を研修期間に算入することはできますが、学会入会前の研修期間は算定されません。

暫定措置期間中は、申請者が申請時まで顎変形症に関する臨床ならびに研究の指導を受けた代表者を記名してください。その施設及び代表者が、研修施設及び指導医の申請を行っている必要はありません。

##### (3) 研修証明書（注）提出は認定医申請者に限る。

証明者氏名欄には、研修施設の常勤指導医名を記載、押印してください。なお、複数の研修施設に勤務し、その期間の症例を申請する場合は、それぞれの研修施設の指導医による証明書を提出してください。

暫定措置期間中は、証明者氏名欄には当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）もしくは指導医名を記載、押印してください。申請者のご自身の申請を証明することは認めませんので、ご自身の上席の証明を提出してください。

##### (4) 研修施設在籍（職）証明書

申請者が歯科医師免許又は医師免許取得後に在籍（職）し、顎変形症に関する研修を行った当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）による在籍（職）証明書を提出してください。なお、研修証明書と同様に、複数の研修施設に勤務し、その期間の症例を申請する場合は、それぞれの証明書を提出してください。証明者氏名欄には当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）名を記載、**押印**してください。申請者のご自身の申請を証明することは認めませんので、ご自身の上席の証明を提出してください。

##### (5) 学会会員証明書

学会会員証明書には、申請者氏名・会員番号のみを記入してください。学会入会日は申請書受付後に事務局で確認のうえ記入します。しかし、研修期間等が充足するか否か確認が必要な場合には、学会入会日を事務局に問い合わせた上で研修期間を計算し記入してください。**会員歴は2024年12月31日時点での会員歴となりますのでご注意ください。**

##### (6) 研修実績報告書

- 1) 学会参加は、**最近5年間に本学会が主催する総会・学術大会**に3回以上参加しなければなりません。最近5年間とは、**2024年度申請の場合は2020年1月1日から2024年12月31日までの実績に限ります。5年を超えるものは記入しないでください。**

2) 学会発表は、認定医申請者は**本学会が主催する総会・学術大会で筆頭者として顎変形症に関する発表**を1回以上行わなければなりません。なお、シンポジウム、ポスター発表も該当します。また、筆頭者としての学会発表に関しては発表時期の規定はありません。しかし、6年以上前に発表された場合には研修実績の要件としては認めますが、単位数は0となりますのでご注意ください。

3) 教育研修会参加は、**最近5年間に本学会が主催する教育研修会(年1回開催)**に1回以上参加しなければなりません。教育研修会に筆頭演者で発表した場合は研修単位としては認められますが、筆頭演者としての発表のみでは教育研修会に参加したとは認められないのでご注意ください。教育研修会の参加証明書をご提出ください。5年を超えるものは記入しないでください。

4) 論文業績は、認定医及び指導医の申請における必須要件ではありません。**研修単位が足りない場合に記入ください。**論文業績以外で単位数を満たせない場合に**顎変形症に関する論文発表も研修実績**として認めます。研修実績の研修単位として申請する場合は、日本顎変形症学会認定医(口腔外科)制度細則の別表3に定める「指定学術雑誌」に掲載されたものでなければなりません。ただし、別表3に定める「指定学術雑誌」以外に掲載された論文や学内誌、院内誌に掲載された論文については別刷を添付して申請してください。論文の内容を認定医・指導医資格認定審査会で審査の上、認定されれば論文業績として算定されます。別刷のかわりに雑誌の該当ページのコピー、電子ジャーナルの印刷も可とします。なお、投稿中の論文は実績として算定されませんのでご注意ください。**論文業績も最近5年間のものに限り**ます。

(注)上記の1)および3)については、学会参加証、教育研修会修了証書のコピーを貼付用紙に添付してください。2)の学会発表については、プログラム又は抄録の該当部分のコピーを貼付用紙に添付してください。添付の際に**学会名・開催年月日・研修実績報告書の学会発表**に記載された番号がわかるように記入してください。学会参加の際の領収書は学会参加証とは異なりますのでご注意ください。領収書ではなく、学会参加証を提出してください。

## (7) 診療実績報告書(口腔外科)

研修期間中における診療実績に関して、日本顎変形症学会認定医(口腔外科)制度細則第2章 第5条ならびに第3章 第10条に定められている通り、(1) 執刀手術一覧表、(2) 執刀手術 症例報告書を提出してください。

認定医ならびに指導医とも申請する症例は、申請時まで研修施設において執刀された症例に限ります。また、本務としている施設以外の他施設で執刀した診療実績に関しては、顎矯正手術に関する医療連携協定書に別途記載をした上で、本務としている施設の執刀手術一覧表とは、別に診療実績報告書(他施設執刀症例)の記載を行い提出してください。

暫定措置期間中は、証明者氏名欄には当該医療施設の長(学長、学部長もしくは病院長等)もしくは指導医名を記載、押印してください。申請者のご自身の申請を証明することは認めませんので、ご自身の上席の証明を提出してください。

### 1) 執刀手術一覧表

認定医申請者は合計30例以上、指導医申請者は合計60例以上の顎変形症関連手術の執刀症例を申請してください。同時申請をされる場合に、認定医と指導医での症例の重複は認めます。

指導医申請者は、Le Fort I型骨切り術、下顎枝矢状分割術以外の術式も広く経験して頂いていることが望ましいため、下顎枝垂直骨切り術、前歯部歯槽骨切り術、オトガイ形成術などの様々な診療実績について記載をするようにして下さい。

下顎枝矢状分割術およびLe Fort I型骨切り術については必須執刀症例数を定めていますが、上下顎の手術を1人の術者が執刀した場合や上顎と下顎の手術を別の術者が執刀した場合等は分かるように、それぞれの手術について術者名を明記してください。

金属プレート除去(抜釘術)やSkeletal Anchorage Systemの埋入等は申請症例における顎変形症関連手術とは認めません。

執刀手術に関しては、当該症例の一連の手術に最も寄与した執刀責任者が診療実績として申請し、診療科内で他の申請者と重複しないよう整合性を図ってください。上顎と下顎の手術を別の術者が執刀した場合や下顎の手術を片側ずつ別の術者が執刀した場合には、それぞれの術者名を明記してください。同一施設内での他の申請者との重複が明らかとなった場合は申請を却下します。学会入会前の診療実績も認められます。

### 2) 症例報告書

執刀手術一覧表にて申請された症例について、認定医申請者のみ、手術一覧表に記載した症例のうち5例を選択して、各症例の執刀手術 症例報告書を詳細に記載してください。

認定医申請者は、上顎骨形成術(Le Fort I型骨切り術)を含む症例2例、下顎骨形成術を含む症例3例を必須とします。手術名は部位を含めて具体的に記載してください。なお、指導医申請者は、症例報告書は認定医申請時にすでに提出しているため、必要はありません。

執刀手術症例報告書は1症例につき報告書1枚(2ページ)、症例写真記録簿1枚、「治療に関連する情報についての同意書」1枚とし、記載例を参考にして審査員にわかりやすく記載してください。書式の枠内に収まるようにしてください。

記載内容は、1) 主訴 2) 既往歴・家族歴 3) 現病歴 4) 顔貌所見、口腔内所見 5) 画像所見 6) 診断 7) 治療方針 8) 臨床経過 9) 手術概要 10) 術後経過とし、日常臨床における診療記録ならびに手術記録に準ずるものを記載してください。

「指導医所見」は、指導医が認定医申請者の記載内容を確認の上、手引き巻末の記載例を参考にし、各執刀症例について、どのように指導したか指導の要点、問題点等を記載し、自署・押印してください。

暫定措置期間中は、指導医所見については申請者考察として、各症例における要点や反省点などの考察を記載してください。

症例写真記録簿は、手術の内容が理解できる術前と術後のパノラマX線写真、正面・側面頭部X線規格写真を添付してください。写真の大きさはそれぞれの枠内におさまるように調整して記載してください。術後の写真は術後1年以内のものを添付してください。

### 3) 治療に関連する情報についての同意書

症例報告に選択した患者様には十分な説明を行い、「治療に関連する情報についての同意書」を用いて承諾を得てください。同意書は署名時に患者が20歳未満の場合は本人と保護者または代諾者両方の署名を記入してください。

**第2回までの「患者同意書未提出理由および誓約書」は、第3回以降は廃止となりました。**「治療に関連する情報についての同意書」の提出ができない執刀手術症例報告書は認められません。

(8) 歯科医師または医師免許証(写) (注) 提出は認定医申請者に限る。

A4版に縮小コピーして添付ください。

(9) 本学会認定医認定証(写) (注) 提出は指導医申請者に限る。

A4版に縮小コピーして添付ください。

暫定措置期間中は、同時申請を行う場合には必要ありません。

(10) (公社)日本口腔外科学会の専門医認定証(写) (注) 提出は認定医申請者に限る。

A4版に縮小コピーして添付ください。専門医の更新中で、申請書提出時には期限切れとなる場合は期限が切れた認定証を提出いただき、更新審査が合格した後に新しい認定証を提出いただきます。なお、更新が不合格となった場合は本学会認定医も不合格となります。

(11) 小論文 (注) 提出は指導医に限る。

指導医申請者は、認定医・指導医資格認定審査会が指定した題名に関して、顎変形症に関する診療、教育および研究について指導医申請者の見識と抱負を伺うものです。様式：指導医A-7に1000字程度で記載してください。題名は申請年度ごとに発表します。

2025年度の題名は「顎変形症治療による社会的貢献について指導医として考えるところ」になります。

(12) 審査料 振込の控え(写)

下記振込先に振り込み後、ATMの場合は「振込明細書」を、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」をA4版用紙にコピーして申請書に添付してください。

(13) 本学会が必要と判断した証明書

認定医・指導医資格認定審査会がその他の証明書が必要と判断をした場合には、申請書類提出後に関連内容の問い合わせの上、証明書を提出していただくことがあります。

## ■ 研修施設

(1) 認定申請書

研修施設(口腔外科)認定申請書においては、申請する研修施設・診療科等の代表者を記入してください。こちらに記載された名称等を学会ホームページで公開をさせていただきます。代表者については、指導医資格を有している必要はありません。

提出された申請書についての問い合わせは、記載されたEメールアドレス宛てに送信しますので、ご注意ください。

(2) 申請施設内容説明書

研修施設の内容に関する必要事項を申告してください。証明者欄には申請する診療科等が所属する医療施設名ならびに当該医療施設の長(学長、学部長もしくは病院長等)の職名・氏名を記載し、押印してください。

(3) 指導医の勤務証明書

申請する研修施設に常勤している指導医についての当該医療施設の長(学長、学部長もしくは病院長等)の証明書です。なお、指導医が新たに赴任した場合は、1年間の診療実績が生ずるまで研修施設の申請はできません。常勤歯科医師又は医師が新たに指導医資格を取得した場合も同様に、資格取得後1年間の診療実績が得られた後に申請してください。

暫定措置期間中は、指導医申請者が取得見込みとして申請を行うことが認められていますので、認定番号・認定年月日の記入は必要ありません。申請者がご自身の申請を証明することは認めませんので、ご自身の上席の証明を提出してください。

#### (4) 最近5年間の顎変形症診療実績報告書

研修施設の必須条件は、顎変形症診療の研修に十分な臨床症例を有することです。研修カリキュラムに定められた顎変形症手術が年間20例以上の診療実績を有することが必要です。ただし、諸々の事情により多少の症例数の不足がある場合には、研修施設審査会でその理由等により判断します。

認定の可否を判断するものではありませんが、疑義のある場合は、申請者に問い合わせを行う、もしくは地域的に至近の指導医に意見を求めることがあります。

暫定措置期間中は、年間20例に満たない場合でも5年間で100例以上の顎変形症手術が行われていれば、申請資格を認めますので、備考欄に各年毎の症例数が分かるように記載してください。

**また、第3回以降は暫定措置の改訂により、症例数の換算方法が変更となります。下記の暫定措置（抜粋）を参考にしてください。**

**「認定研修施設の申請資格における症例数について、上下顎骨形成術を同時に行った場合は、上顎骨形成術として1例、下顎骨形成術として1例の計2例として申請することを認めます。上顎骨もしくは下顎骨に対して、複数の術式が行われた場合でも症例数は1例として扱うものとします。ただし、この症例数の換算方法は認定医ならびに認定指導医には認めません。」**

#### (5) 矯正歯科との連携についての証明書

申請施設が連携している矯正歯科施設、年間症例数（手術患者数）、施設代表者名を記載してください。原則として、顎口腔機能診断指定機関以外との連携は実績としません。

本証明書は申請施設が矯正歯科と連携されて診療にあたっていることを証明するものであり、連携している施設を全て記載する必要はありません。なお、連携している矯正歯科施設代表者の署名・押印等は不要ですが、申請にあたり記載することをお知らせください。

#### (6) 審査料 振込の控え（写）

下記振込先に振り込み後、ATMの場合は「振込明細書」を、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」をA4版用紙にコピーして申請書に添付してください。

### 3. 認定審査料の納付について

認定審査料20000円（内税）は、認定医（口腔外科）、指導医（口腔外科）それぞれを請者本人名義で振り込んでください。同時に申請を行う場合は一括で振り込んで頂いても構いません。研修施設（口腔外科）は原則、施設名で振り込んで下さい。なお、既納の審査料は原則として返還しません。

#### <口座情報（認定医制度用）>

ゆうちょ銀行 一三八（イチサンハチ）店 普通預金 11380-07914901（他銀の場合：0791490）  
特定非営利活動法人 日本顎変形症学会 ※年会費納入用の口座とは別となります。

審査に合格した際には、所定の登録手続きを行って頂き、認定医（口腔外科）、指導医（口腔外科）、研修施設（口腔外科）それぞれ別途登録料20000円（内税）を添えて登録申請を行ってください。

### 4. 申請方法について

申請には「顎変形症学会認定医制度 申請フォーム」の入力、申請書類の提出が必要となります。

申請者の管理を行うため、申請書類の提出前に「日本顎変形症学会認定医制度 申請フォーム」より必要事項を入力してください。申請フォームの最後に表示される番号が、今後の問い合わせや受験番号となりますので、保存するようにしてください。申請フォームは2024年12月31日23時59分で締め切らせて頂きます。

申請書類の提出は封筒の表に「日本顎変形症学会認定医（口腔外科）申請書在中」「日本顎変形症学会指導医（口腔外科）申請書在中」「日本顎変形症学会認定研修施設（口腔外科）申請書在中」などと明記し、簡易書留または対面受け取りのレターパックプラスなどで下記宛に郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス等で配送を確認してください。

#### <申請書類受付期間>

2024年11月1日～2024年12月31日【消印有効／締切厳守】

#### <提出先住所>

〒160-0011

東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3F

(株)ヒューマン・リサーチ内 日本顎変形症学会 認定審査会 宛

※学会事務局とは異なります。

#### 5. 審査から認定までの日程

認定医の書類審査の結果は2025年5月初旬に書面で通知します。筆記試験は2025年6月4日に学会会場もしくは近隣の施設で行います。口頭試問はZOOMでの開催とし、2025年6月15日を予定していますが、日程の詳細は書類審査の結果通知と一緒にお知らせします。

認定医・指導医・研修施設に関する全ての審査結果は2025年9月中旬に書面で通知し、認定日は2025年10月1日になります。

#### 6. 問い合わせについて

資格審査に関する学術的・事務的問い合わせについては、顎変形症学会 認定医・指導医・研修施設申請窓口 E-メール ([jsjd-service@human-research.co.jp](mailto:jsjd-service@human-research.co.jp)) でお願ひします。

問い合わせ先は学会事務局とは異なりますので、ご注意ください。

日本顎変形症学会認定医（口腔外科）認定申請書

2022年 11月 1日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

(申請書の日付はすべて西暦)

認定医・指導医資格認定審査会 殿

主たる勤務先 (施設名及び講座 または診療科)	〇〇大学〇〇病院 口腔外科
申請者氏名 (自筆)	㊟
会員番号	9999
入会年月日	9999年 9月 9日

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医（口腔外科）制度規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて認定医認定申請をいたしますので審査をお願いいたします。

## 記

1. 認定申請書 (A-1)
2. 履歴書 (A-2)
3. 歯科医師または医師免許証 (写)
4. 研修証明書および研修施設在籍(職)証明書 (A-3, A-4)
5. 本学会会員証明書 (A-5)
6. 研修実績報告書 (A-6)
7. 診療実績報告書 (A-7, A-7-1) 症例写真記録簿 (A-7-2)
8. 患者様の治療に関連する情報に同意書
9. (公社)日本口腔外科学会 専門医認定証 (写)
10. 審査料 郵便振替払込請求書兼受領証 (写)
11. 本学会が必要と判断した証明書 (指示があった場合のみ)

以上

連絡先 (必須)	E-mail アドレス	gakuhenkei@gakkai.ac.jp	
	勤務先	所在地	〒 000-0000 東京都・・・・
		名称 (TEL)	〇〇大学〇〇病院 口腔外科 000 - 000 - 0000
	自宅 (TEL)	〒 000 - 0000 東京都・・・・ 000 - 0000 - 0000	

# 日本顎変形症学会認定医（口腔外科）認定申請書

2023年 11月 1日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

(申請書の日付はすべて西暦)

認定医・指導医資格認定審査会 殿

主たる勤務先 (施設名及び講座 または診療科)	〇〇大学〇〇病院 口腔外科
申請者氏名 (自筆)	⑩
会員番号	9999

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医（口腔外科）制度規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて認定医認定申請をいたしますので審査をお願いいたします。

## 記

- 認定申請書 (A-1)
- 履歴書 (A-2)
- 歯科医師または医師免許証 (写)
- 研修証明書および研修施設在籍(職)証明書 (A-3, A-4)
- 本学会会員証明書 (A-5)
- 研修実績報告書 (A-6)
- 診療実績報告書 (A-7, A-7-1) 症例写真記録簿 (A-7-2)
- 治療に関連する情報についての同意書  
同意書未提出理由および誓約書
- (公社)日本口腔外科学会 専門医認定証 (写)
- 審査料 振込の控え (写)
- 本学会が必要と判断した証明書 (指示があった場合のみ)

以上

連絡先 (必須)	E-mail アドレス	gakuhenkei@gakkai.ac.jp
	勤務先	所在地 〒 000-0000 東京都・・・・
		名称 (TEL) 〇〇大学〇〇病院 口腔外科 000 - 000 - 0000
	自宅 (TEL)	〒 000 - 0000 東京都・・・・ 000 - 0000 - 0000





## 研 修 証 明 書

証明年月日	2023年 11月 1日
-------	--------------

証 明 者	研修施設名・診療科名		〇〇病院 口腔外科
	指導医 もしくは 医療施設の長	職名	部長
		氏名	〇〇 〇〇 ⑩

下記の者は、本施設において顎変形症に関する臨床ならびに研究について研修したことを証明します。

### 記

申請者氏名	福岡 太郎			
	研 修 期 間		職 名 等	
自	2010年 4月 1日	～ 至	2011年 3月 31日	臨床研修歯科医師
自	2011年 4月 1日	～ 至	2013年 3月 31日	シニアレジデント
自	2013年 4月 1日	～ 至	2019年 3月 31日	医員
自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
備 考	研修が複数施設におよぶ場合はそれぞれの研修施設での研修期間を下記にまとめて記載してください。 2010年4月1日～2019年3月31日 〇〇病院 2019年4月1日～2023年11月1日 〇〇大学〇〇病院 口腔外科 計13年7か月			

研修施設 在籍(職) 証明書

証明年月日

2022年 11月 1日

機 関 名

〇〇病院

医療施設の長  
氏 名

〇〇 〇〇 印

下記の者は当機関において、次のとおり在籍(職)している(いた)ことを証明します。

氏 名	福岡 太郎	生年月日	1985年 8月 5日生
勤務期間(同一施設内の異動のみを記入して下さい)	職 名 等	勤務態様 (常勤:週3日以上)	
自 2010年 4月 1日～至 2011年 3月 31日	研修歯科医師	常勤	
自 2011年 4月 1日～至 2013年 3月 31日	シニアレジデント	常勤	
自 2013年 4月 1日～至 2019年 3月 31日	医員	常勤	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)	

※備考

※ 氏名・会員番号のみご記入ください。

学 会 会 員 証 明 書

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

福岡 太郎 殿 は 9999年 9月 99日から引き続いて  
会員番号 第 号

本学会会員であることを証明します。

以 上

事務局確認欄	年会費 完納 ・ 年度から未納	確認日	
	所属施設 ・住所	自宅 住所	備考 年 月 日

研修実績報告書

2023年 11月 1日

## 1. 学会参加・学会発表

(1) 学会参加 (本学会が主催する学術大会への参加3回以上が必須要件です。)

記載事項：学会名・開催地・開催年月日	単位数
1 第32回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地：新潟 開催日： 2022年 6月 9・10日	20
2 第31回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地：仙台 開催日： 2021年 6月 11・12日	20
3 第30回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地：新潟 開催日： 2020年 6月 24・25日	20
4 第29回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地：東京 開催日： 2019年 6月 8・9日	20
5	

(参加証のコピーを添付)

(2) 学会発表 (本学会が主催する学術大会での筆頭者としての発表1回以上が必須要件です。)

記載事項：学会名・発表年月日・演題番号・演題名	単位数	演者区分
1 第〇回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 2019年 〇月〇日 P-〇-〇 「〇〇病院における10年間の顎矯正手術症例の検討」	12	■ 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
2 第27回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 2017年 〇月〇日 P-〇-〇 「〇〇の1例」	0	■ 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
3		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
4		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
5		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者

(プログラム或いは抄録等の該当部分のコピーを添付し、ここに記載された番号と整合性が得られるようにしてください。)

2. 教育研修会（本学会が主催する教育研修会への参加1回以上が必須要件です。）

記載事項：研修会名・開催年月日・主題		単位数
1	第〇〇回教育研修会 開催日： 〇年 〇月 〇日 主題： 「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」	15
2	第〇〇回教育研修会 開催日： 〇年 〇月 〇日 主題： 「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」	15
3	第〇〇回教育研修会 開催日： 〇年 〇月 〇日 主題： 「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」	15
4		
5		

(修了証等のコピーを添付)

3. 論文業績（論文業績以外で単位数を満たせない場合に論文発表も研修実績として認めます。）

1	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行
		(西暦) 年 月
		巻 号 ~ ページ
2	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行
		(西暦) 年 月
		巻 号 ~ ページ
3	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行
		(西暦) 年 月
		巻 号 ~ ページ

<p>学会参加( 80単位) + 学会発表( 12単位) + 教育研修会( 45単位) + 論文業績( 単位)          = 計120単位以上 単位数 計 <u>137</u> (150単位までの記載に留めてください)</p>
---

## 診療実績報告書

## (1) 執刀手術一覧表

記入年月日

2023年 11月 1日

申請者氏名	福岡 太郎
研修施設等 名称	〇〇病院 口腔外科
指導医 もしくは 医療施設の長	〇〇 〇〇 印

\*各術式、左右で執刀者が異なる場合には手術名(執刀者)を記載

\*下顎枝矢状分割術:SSRO 下顎枝垂直骨切り術:IVRO Le Fort I型骨切り術:LF I等の略称を用いること

番号	生年月日(手術時年齢)	性	手術年月日	手術名(部位を含めて具体的に)
1	2001. 8. 29 (17歳)	女	2019. 7. 17	<u>LF I (福岡申請) ①</u> +両側 SSRO (△△申請)
2	1982. 12. 23 (37歳)	女	2020. 1. 23	LF I + <u>両側 SSRO①</u>
3	1986. 10. 28 (33歳)	女	2020. 6. 18	<u>LF I ②</u> +右側 IVRO (福岡申請) 左側 IVRO (△△申請)
4	1987. 1. 24 (33歳)	女	2020. 7. 10	SARPE
5	1992. 12. 14 (27歳)	女	2020. 7. 30	LF I + <u>両側 SSRO②</u>
6	1964. 11. 18 (55歳)	女	2020. 8. 20	LF I + <u>両側 SSRO③</u>
7	2002. 6. 25 (17歳)	女	2020. 9. 10	<u>LF I ③</u> +両側 IVRO
8	1994. 4. 26 (26歳)	女	2020. 9. 17	LF I + <u>両側 SSRO④</u>
9	1998. 6. 27 (22歳)	女	2021. 1. 14	LF I + <u>両側 SSRO⑤</u>
10	2001. 8. 29 (17歳)	女	2019. 7. 17	<u>LF I (福岡申請) ①</u> +両側 SSRO (△△申請)

11	1995. 9. 18 (24 歳)	女	2021. 3. 3	<u>両側 SSRO⑥</u>
12	2003. 3. 18 (17 歳)	女	2021. 3. 10	<u>LF I ④</u> +両側 IVRO
13	2000. 5. 3 (20 歳)	女	2021. 3. 17	LF I + <u>両側 SSRO⑦</u>
14	1988. 2. 11 (33 歳)	女	2021. 4. 1	LF I + <u>右側 SSRO⑧</u> 左側 IVRO
15	1991. 3. 27 (30 歳)	女	2021. 4. 14	<u>LF I ⑤</u> +両側 IVRO
16	1978. 11. 4 (42 歳)	女	2021. 4. 21	LF I + <u>両側 SSRO⑨</u>
17	1983. 3. 3 (38 歳)	女	2021. 5. 20	LF I + <u>両側 SSRO⑩</u>
18	1989. 4. 5 (32 歳)	男	2021. 6. 2	LF I +両側 IVRO
19	1983. 3. 1 (38 歳)	男	2021. 7. 14	SARPE
20	2001. 7. 21 (20 歳)	女	2021. 8. 11	LF I +両側 IVRO
21	2001. 10. 4 (19 歳)	女	2021. 8. 18	LF I +両側 IVRO
22	2000. 4. 28 (21 歳)	女	2021. 8. 25	LF I +両側 IVRO
23	1986. 6. 2 (35 歳)	女	2021. 10. 13	両側 IVRO
24	1995. 7. 5 (26 歳)	男	2021. 11. 4	両側 IVRO
25	1983. 7. 19 (38 歳)	女	2021. 12. 8	両側 SSRO
26	1991. 6. 10 (30 歳)	女	2021. 12. 9	両側 SSRO
27	2002. 4. 22 (19 歳)	女	2021. 12. 15	LF I +両側 IVRO

28	1993. 12. 17(27 歳)	男	2022. 1. 12	LF I +両側 IVRO
29	1978. 10. 9(42 歳)	男	2021. 1. 19	LF I +両側 IVRO
30	2003. 3. 18(19 歳)	女	2022. 2. 10	両側 SSRO
31	1987. 1. 24(35 歳)	女	2022. 2. 2	LF I +両側 SSRO
32	1999. 6. 2(22 歳)	男	2022. 2. 9	LF I +両側 SSRO
33	2001. 12. 3(20 歳)	女	2022. 2. 16	LF I +両側 SSRO
34	2003. 6. 24(19 歳)	女	2022. 3. 2	両側 IVRO
35	2002. 9. 1(19 歳)	女	2022. 3. 9	LF I +両側 SSRO
36	2002. 10. 3(19 歳)	男	2022. 3. 16	LF I +両側 SSRO
37	( 歳)			
38	( 歳)			
39	( 歳)			
40	( 歳)			

\* 下顎枝矢状分割術については 10 例以上, Le Fort I 型骨切り術については 5 例以上の診療実績を必須とする。



## 執 刀 手 術 症 例 報 告 書

番 号 (一覧表と同一番号)	1	生年月日 (手術時年齢)	〇〇〇〇年〇月〇日(〇〇歳)	性別	女
初診年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	診断名	顎変形症 上顎後退症 下顎前突症		
手術年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	手術名	LeFort I型骨切り術 下顎枝矢状分割術		
手術時間	〇時間〇〇分		出血量	〇〇〇ml	

1) 主訴：受け口。

2) 既往歴・家族歴：特記事項なし。

3) 現病歴：中学校の検診で咬合不全を指摘され、〇〇〇〇年〇月〇日当院矯正歯科を受診し、成長観察を行ってきた。〇〇〇〇年〇月〇日顎変形症の診断で当科紹介受診され、約2年間の術前矯正治療施行後、顎矯正手術施行予定となった。

4) 現症 顔貌所見：顔貌は正貌でおとがい尖の左側偏位を認め、側貌ではおとがい部の前突を認めた。顎関節症状は認めなかった。口腔内所見：咬合平面の左上がりの傾斜を認め、顔面正中に対して上顎歯列正中は一致、下顎歯列正中は2mmの左側偏位を認めた。overjetは-5.0mm、overbiteは-2.0mmであった。大白歯の咬合関係は右側Angle I級、左側Angle III級であった。

5) 画像所見：パノラマX線写真において上顎両側智歯の残存を認めたが、両側下顎頭の変形は認められなかった。側面頭部X線規格写真においてSNA80.5°，SNB82.5°，ANB:-2.0°であり、上顎後退、下顎前突と診断した。正面頭部X線規格写真において咬合平面の2°左上がりの傾斜を認めた。

6) 診断：上顎後退症・下顎前突症

7) 治療方針：矯正医との協議の結果、上顎骨はLe Fort I型骨切り術を用いて、U1の切縁を中心に時計回り回転を行い、上顎両側6番で約2mmと4mmの上方移動ならびに咬合平面の傾斜改善を計画した。下顎骨はSSROを用いて、7mmの後方移動を計画しモデルサージェリーを行った。

8) 臨床経過：手術前3週間前に自己血400mlを貯血し、手術2日前に入院した。入院後にフェイスボウトランスファーを行いモデルサージェリーを行った。〇〇〇〇年〇月〇日全身麻酔下（左側経鼻挿管）にてLe Fort I型骨切り術ならびに下顎枝矢状分割術を施行した。

9) 手術概要

1/10万エピネフリン含有1%リドカインを4-4間歯肉頬移行部粘膜骨膜下に浸潤麻酔を施行した。電気メスにて4-4間歯肉頬移行部に粘膜骨膜切開を行った。ラスパにて粘膜骨膜を剥離し、4-4部からトンネル状に頬骨歯槽下稜、上顎結節、翼突上顎縫合まで剥離した。粘膜剥離子にて梨状口縁まで剥離し、梨状口縁より鼻腔粘膜を下鼻甲介の高さまで剥離した。上顎結節から頬骨歯槽下稜、梨状口縁までの骨切り線を設定し、ディバイダーで63-36部に移動量をマーキングした。レスプロケーティングソーにて上顎結節から骨切りを行い、鼻腔粘膜を保護し梨状口縁まで骨切りを行った。側壁ノミ、マレットにて梨状口側縁の骨を下行口蓋動脈手前まで切離した。ピエゾサージェリーにて前鼻棘をSubspinal Osteotomyを行った。スプレッターにてdown fracture、モビライジングを行い、上顎骨の可動化を行った。移動の際に干渉となる部位は破骨鉗子にて切離した。下行口蓋動脈周囲の骨はピラミッド状にブロックで切離し、下行口蓋動脈は保存した。スプリントを介在させ顎間固定を行った。ディバイダーで予定移動量を確認しながら、干渉部を削合した。予定移動量が得られていることを確認した。Subspinal Osteotomyを行った前鼻棘の骨を復位し2-0バキクリル糸で固定した。両側梨状口縁部・頬骨歯槽下稜部をチタンプレートで固定し、瞳孔ラインとの平行性を確認した。顎間固定を解除し、上顎骨の予定した移動量が確保できていることを確認した。鼻翼の拡大防止のためAlar base cinch sutureを3-0バキクリル糸で行った。3-0バキクリル糸にて骨膜を正中で1糸埋没縫合、両側から正中にかけて1糸連続水平マットレス縫合、3-0プロリール糸にて粘膜も同様に縫合した。

1/10万エピネフリン含有0.5%リドカインを下顎右側外斜線から6㌢ 歯肉頬移行部に浸潤麻酔を施行した。電気メスにて外斜線外側から6㌢ 頬側まで粘膜骨膜切開を行い、同部より粘膜剥離子を用いて下顎角に向け剥離し、粘膜剥離子にて角前切痕を剥離しプロゲニーリンネを挿入した。前縁剥離子にて側頭筋腱膜上で筋突起基部まで剥離し、ラームスハーケンで展開した。No15メスにて側頭筋腱膜を切開し、粘膜剥離子にて下顎枝内側を剥離し、下顎小舌の上方から下顎枝後縁まで剥離し、眼窩用鉤にて展開した。筋突起をラームスクリップで把持し、下顎小舌直上の骨膨隆部をつぼみ型バーで削除した。リンデマンバーを用い下顎小舌直上で内側皮質骨の骨切りを後縁まで行った。下顎角部を粘膜剥離子（弱・強弯）にて剥離し、逆曲がり鉤・プロゲニーリンネで展開した。リンデマンバーにて顔面動静脈を損傷しないように保護し、Obwegeser原法に準じて外側皮質骨の骨切りを行った。外側と内側の骨切線を結ぶようにラウンドバー、フィッシャーバーにて連結させ、ピエゾサージェリーにて深部の骨切りを行った。閉口させた状態で近位骨片の復位のために下顎枝前縁から上顎3・4番ブラケットまでの距離を測定した。再度開口させ、分割ノミにて内外側の骨を分割した。粘膜剥離子にて遠位骨片下顎枝後縁の内側翼突筋を剥離した。左側も同様に行った。スプリントを装着し、ワイヤーで顎間固定を行った。両側ともケリーにて近位骨片下顎頭が関節窩内に位置していることを確認し、近位骨片の前後的な位置を確認後に、チタンプレートにて固定を行った。顎間固定を解除し、開閉口運動がスムーズであり偏位がないことを確認した。両側下顎枝前縁部の骨をつぼみ型バーにて削除し、電気メスにて止血後、3-0バイクルル糸にて骨膜縫合、3-0プロリン糸にて連続水平マットレスによる粘膜縫合を行い、持続吸引ドレーンを留置し術式終了とした。

10) 術後経過：麻酔科管理にて挿管鎮静状態で顎間牽引のみを行った状態で帰室した。術翌日、異常な鼻出血・腫脹なども認めず麻酔科にて抜管を行った。抜管後5時間、腸蠕動音良好にて飲水試験を施行し問題を認めなかった。夕より流動食を開始した。術後2日目、口腔内の創部洗浄と観察を行い異常所見は認めず、持続吸引ドレーンからの排液が24時間で20ml以下であったため抜去した。パノラマエックス線、側面・正面頭部X線規格写真を撮影した。術後疼痛に対しては頓用でロキソプロフェンナトリウム60mgを処方し、コントロール良好であった。ステロイドは術後1日目までデキサメタゾン3.3mg/dayで投与した。抗菌剤はセフメタゾールナトリウム2g/dayで術後72時間まで投与後、術後3日、右側下顎創部が一部し開を認めたため、内服でアモキシシリン水和物250mg3T/3で3日間処方した。術後5日、ゴムの自己着脱指導を行い、食事時のみゴムの着脱を許可し、刻み食へ食形態を変更した。術後7日、一部し開した創部の上皮化も認め全抜糸を行った。同日より両側鼻翼周囲、下唇・おとがい部の知覚異常を認めメコバラミン500 $\mu$ g3T/3で開始した。術後16日、軟飯軟菜食へ食形態を変更した。術後19日、全身・局所に異常所見を認めず、経過良好にて退院とした。退院後1か月経過した時点から当院矯正歯科にて術後矯正治療を開始した。

申請者考察：

上顎については骨膜剥離を丁寧に行い、ソーによる骨切りを下行口蓋動脈や鼻粘膜を十分に注意しながら実施できた。また、一連の操作に時間を要しながらも、翼突上顎縫合部の切離も確実にを行い、一つ一つのステップを踏み安全に行うことができたと考える。下顎については、下顎小舌直上の内側剥離も丁寧に行い、骨膜の損傷をすることなく、基本に忠実な剥離展開を行うことができた。術後管理においても、気道管理などを注意深く行い、状態に合わせた栄養管理を行うように心掛けて行った。

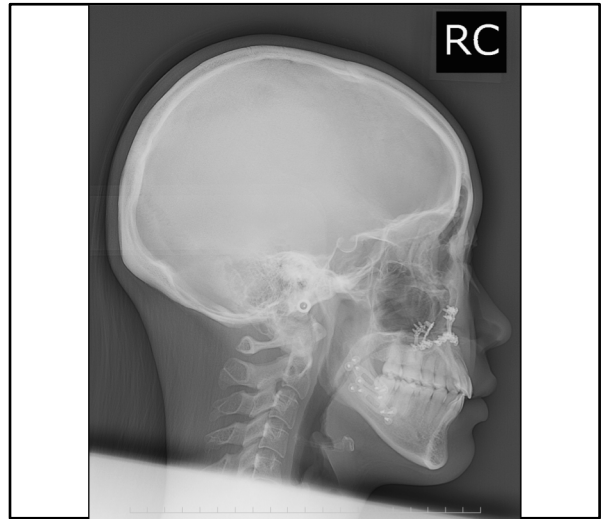
指導医 署名	(暫定期間中は不要)	(印)
--------	------------	-----

申請者氏名 福岡 太郎

術前側面X線規格写真



術後側面X線規格写真（術後 1年）



術前正面X線規格写真



術後正面X線規格写真（術後 1年）



術前パノラマX線写真



術後パノラマX線写真（術後 1年）





最近5年間の顎変形症診療実績報告書

記入年月日 ○○○○年 ○○月○○

申請者氏名	福岡 太郎
研修施設等 名称	○○病院 口腔外科
指導医申請者 医療施設の長 (自署)	○○ ○○ ⑧

\*下顎枝矢状分割術：SSRO 下顎枝垂直骨切り術：IVRO Le Fort I型骨切り術：LF I等の略称を用いること  
 \*基本的に5年毎(①～⑤)年間20例のみの記載を行うこと。症例が不足する場合はその限りではありません。  
 \*第3回以降より換算方法が変更になりましたが、100例を充足するよう可能な限り多くの症例を記載してください。

番号	生年月日(手術時年齢)	性	手術年月日	手術名(部位を含めて具体的に)
①-1	1985.8.5 (39歳)	男	2024.9.1	LF I, 両側 SSRO (1)
①-2	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO, Genio (2)
①-3	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	両側 SSRO (3)
①-4	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	分割 LF I, 両側 IVRO(4)
①-5	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	プレート除去, Genio(5)
①-6	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	両側 SSRO, 下顎前歯部歯槽骨切り術 (6)
①-//	////////////////////	//	///////	////////////////////////////////////
①-20	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I (19), 両側 SSRO (20)
①-21	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I (21), 両側 SSRO (22)
②-1	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO (1)
②-1	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO (2)
②-2	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO (3)
②-3	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO (4)
②-4	○○○○ (○○歳)	○	○○○○	LF I, 両側 SSRO (5)