

# 日本顎変形症学会認定医制度（第4回）

## 各種資格申請の手引き（矯正歯科）

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（矯正歯科）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ポイント程度、行送りは15ポイント程度としてください。

### 1. 認定医（矯正歯科）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（矯正歯科）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

#### (1) 認定医認定申請書

「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、記入された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、日本矯正歯科学会の認定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、大学卒業以降に研修もしくは勤務した医療施設名と期間を記入してください。常勤・非常勤がわかるように記入してください。常勤とは、年間1320時間以上の勤務状態であることです。

日本矯正歯科学会の認定医取得において「矯正歯科基本研修修了程度検定試験」もしくは「矯正歯科臨床研修修了程度検定審査」を利用した場合は該当箇所に記入してください。上記制度を利用した場合は顎変形症治療に関わる研修を行った場所の調査を行う場合があります。調査の結果本年度の受験資格がないと判定されても次年度以降に受験資格要件が改定される可能性があります。

#### (3) 歯科医師または医師免許証（写）

A4版に縮小コピーして添付ください。

#### (4) 医療施設在籍（職）証明書もしくは勤務期間証明書

##### 1) 医療施設在籍（職）証明書

申請者が歯科医師の臨床研修修了後に在籍（職）し、顎変形症に関する研修を行った医療施設の機関の長（学長、学部長、病院長や歯学部・歯科大学矯正歯科においては日本矯正歯科学会の管理指導医）による在籍（職）証明書を提出してください。複数の施設に在籍していた場合はそれぞれの施設の機関の長の在籍（職）証明書を提出してください。医療施設の機関の長は基本的には大学病院や市中病院の医療施設の長であり、開業歯科医院の院長は含まれません。

現在は大学病院などの医療施設に在籍していない状況であっても、以前に大学病院で常勤として5年間研修していれば、大学病院の医療施設在籍（職）証明書のみご提出いただければ要件を満たし、他施設での勤務期間証明書の提出は不要です。常勤とは、年間1320時間以上の勤務状態であることです。

##### 2) 勤務期間証明書

申請者が歯科医師の臨床研修修了後に医療施設長の指示または許可を得て、所属施設以外の医療施設において顎変形症に関連した診療に従事した場合に当該医療施設の施設長による勤務証明書を提出してください。複数の施設に在籍していた場合はそれぞれの施設長の勤務期間証明書を提出してください。医療施設在籍（職）証明書で5年間の研修実績があればこちらの証明書の提出は不要です。

(5) 本学会会員証明書

学会会員証明書には、日付・申請者氏名・会員番号のみを記入してください。申請書受付後に事務局で確認のうえ押印いたします。会員歴は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。（2026年の試験に申請の場合は2025年12月31日時点での会員歴となります。）

(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2026年申請の場合は2021年1月1日-2025年12月31日までとなります。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（矯正歯科）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、筆頭者での学会発表に関しては発表時期の規定はありませんが、発表が5年より前の場合は研修単位は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ません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、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してください。論文業績は日本顎変形症学会認定医（矯正歯科）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。なお、内容は顎変形症に関連するものと認定医制度委員会が認めるものに限り、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。別冊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。

（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。

論文業績も最近5年間のものに限ります。

(7) 審査料 郵便振替払込請求書兼受領証(写)

下記振込先にお振り込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領証」をA4版用紙にコピーして申請書に添付してください。

(8) 診療実績報告書（矯正歯科）

診療実績は、日本顎変形症学会認定医（矯正歯科）制度規則第5章第8条に定める診療実績報告書1)症例記録一覧、2)症例記録簿、3)症例報告書、4)側面頭部X線規格写真 分析結果 を提出してください。当該症例の資料採取から保定開始に至るまでの一連の過程において関与した主治医を担当医とします。担当医または指導をした上級医が診療実績として申請可能です（上級医は1名に限り、主治医は複数名に限りません）。症例報告に選択した患者には十分な説明を行い、「治療に関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。同意書は選択2症例のみの提出で構いません。

診療実績報告書の医療施設長は開業医の場合、院長が署名できます。また、院長自身が申請の場合は自身の署名も認められます。（医療施設在籍（職）証明書もしくは勤務期間証明書とは異なりますのでご注意ください。）

\*指導をした上級医は顎変形症学会会員でなければならない。

（注）「患者同意書未提出理由書および誓約書」は2025年申請から廃止となっています。

1) 症例記録一覧（当該医療施設の施設長による押印が必要）（A-7-1）

申請者は合計5例以上、顎変形症の診断、治療計画、矯正治療を経験した症例を申請してください。症例記録一覧の中から2症例を選択し（選択症例1、選択症例2）、症例記録簿、症例報告書、側面頭部X線規格写真 分析結果をそれぞれ記入して申請してください。

申請した5症例の術式はすべて同一ではなく、なるべく複数の術式であるのが望ましい。

他院・他科からの転院・転科・引き継ぎ症例は認められません。

上下顎マルチブラケット装置にて治療している症例を申請してください。

症例の重複確認

症例の担当医と指導をした上級医が同一症例を用いて申請する場合に記入してください。

重複での申請の予定がない場合は該当箇所をチェックしてください。

2) 症例記録簿（A-7-2）

選択症例1、選択症例2をそれぞれ記入してください。

記入例を参考にして審査員にわかりやすく記入してください。書式の枠内に収まるようにしてください。

3) 症例報告書（A-7-3）

選択症例 1、選択症例 2 をそれぞれ記入してください。  
側面頭部 X 線規格写真トレースの重ね合わせは各治療ステージの指定色にて、トレースを行ってください。全体、上顎、下顎の 3 つの重ね合わせを行ってください。  
顔面非対称症例に関しては各ステージの正面頭部 X 線規格写真のトレースを追加してください。  
患者のプライバシー保護に十分配慮してください。顔面写真には目かくしをし、患者が特定できないよう名の記入は行わないでください。

4) 側面頭部 X 線規格写真 分析結果 (A-7-4)

選択症例 1、選択症例 2 をそれぞれ記入してください。  
各治療ステージの計測値を記入してください。Overjet、Overbite は模型上で計測した値をご記入ください。左右の Overjet、Overbite の値が異なる場合はそれぞれの値をご記入ください。

(9) (公社) 日本矯正歯科学会の認定医資格証 (写) をコピーして添付ください (A4)。日本矯正歯科学会認定医を更新中で申請書提出時には期限が切れとなる場合は期限が切れた認定医資格証をご提出いただき、更新審査が合格した後に新しい認定医資格証をご提出いただきます。なお、日本矯正歯科学会認定医の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。

3. 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。

4. 認定審査料の納付について

認定審査料 20,000 円 (内税) は、認定医 (矯正歯科) を申請者本人名義で振り込んでください。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 (矯正歯科) の登録料 20,000 円 (内税) を添えて登録申請を行ってください。

5. 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 **2025 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 (矯正歯科) 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>

2025 年 11 月 1 日～2025 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。

6. 審査から認定までの日程

書類審査の結果は 2026 年 5 月初旬に書面で通知します。  
筆記試験は 2026 年 6 月 24 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、2026 年 7 月 5 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。  
最終の審査結果は 2026 年 9 月中旬に書面で通知し、認定日は 2026 年 10 月 1 日になります。

7. 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 認定医申請窓口にて E メール (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(矯正歯科) 認定申請書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

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<br>(施設名及び講座<br>または診療科) | 〇〇〇〇大学<br>〇〇講座<br>〇〇矯正学分野 |
| 申請者氏名(自筆)                     | 〇〇 〇〇 (印)                 |
| 会 員 番 号                       | 〇〇〇〇                      |

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医(矯正歯科)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. 医療施設在籍(職)証明書もしくは勤務期間証明書 (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)
8. (公社)日本矯正歯科学会の認定医資格証 (写)
9. 審査料 郵便振替払込請求書兼受領証 (写)
10. 本学会が必要と判断した証明書(指示があった場合のみ後日別途提出)

以 上

|             |                             |   |
|-------------|-----------------------------|---|
| 連絡先<br>(必須) | E-mail アドレス 〇〇〇〇〇〇@〇〇.ac.jp |   |
|             | 勤務先                         | 〒000-0000<br>所在地 〇〇県〇〇〇〇〇〇〇                       |
|             |                             | 名 称 〇〇〇〇大学 〇〇講座 〇〇矯正学分野<br>(TEL) 000-000-0000     |
|             | 自 宅<br>(TEL)                | 〒000-0000<br>〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇〇-〇〇<br>000-000-0000 |

## 履 歴 書 認定医(矯正歯科)申請用

|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|--------|----------------------|----|--|----------------------------|----|-------------------------------|
| (ふりがな) | 〇〇 〇〇〇               |    | (M)<br>・<br>F                          | 西暦<br>〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇歳) |    |                               |
|        | 氏 名 〇〇 〇〇            |    |  |                            |    |                               |
| 現住所    | 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇〇-〇〇 |    |  |                            |    |                               |
| 年(西暦)  | 月                    | 日  | 学歴・資格・免許・専門医等の事項                       |                            |    |                               |
| 2014   | 3                    | 26 | 〇〇〇〇大学歯学部 卒業                           |                            |    |                               |
| 2014   | 3                    | 29 | 第〇〇〇回歯科医師国家試験合格                        |                            |    |                               |
| 2014   | 4                    | 30 | 歯科医籍登録 第〇〇〇〇〇〇〇〇号                      |                            |    |                               |
| 2015   | 3                    | 31 | 臨床研修修了登録証取得(〇〇〇〇〇〇〇〇病院歯科単独型臨床研修プログラムA) |                            |    |                               |
| 2019   | 3                    | 31 | 〇〇〇〇大学大学院歯学研究科終了 博士(歯学)の学位取得           |                            |    |                               |
| 2020   | 12                   | 1  | 日本矯正歯科学会 認定医(第〇〇〇号)取得                  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
| 自      |                      |    | 至                                      |                            |    |                               |
|        |                      |    | 職歴・研修歴等の事項                             |                            |    |                               |
| 2014   | 4                    | 1  | 2015                                   | 3                          | 31 | 〇〇〇〇〇〇病院 臨床研修歯科医師(常勤)         |
| 2015   | 4                    | 1  | 2019                                   | 3                          | 31 | 〇〇〇〇大学<br>〇〇講座 〇〇矯正学分野 入局(常勤) |
| 2019   | 4                    | 1  | 2020                                   | 3                          | 31 | 〇〇〇〇大学<br>〇〇講座 〇〇矯正学分野 医員(常勤) |
| 2020   | 4                    | 1  | 現在                                     |                            |    | 〇〇〇〇大学<br>〇〇講座 〇〇矯正学分野 助教(常勤) |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |
|        |                      |    |  |                            |    |                               |

\*職歴・研修歴等の事項は常勤・非常勤をご記載ください。

|                            |              |  |              |
|----------------------------|--------------|--|--------------|
| 関連学会(入会年)及び社会における活動等       |              |  |              |
| 年                          | 学会名又は社会活動の内容 | 年  | 学会名又は社会活動の内容 |
| 2015                       | 日本矯正歯科学会     |  |              |
|                            |              |  |              |
|                            |              |  |              |
| 以上相違ありません<br>〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 |              | 氏 名<br>(自 署) <span style="float:right;">印</span> |              |

日本矯正歯科学会の認定医取得において「矯正歯科基本研修修了程度検定試験」もしくは「矯正歯科臨床研修修了程度検定審査」を利用した場合はチェックしてください。

- ☐ 日本矯正歯科学会の認定取得において、矯正歯科基本研修修了程度検定試験を利用
- ☐ 日本矯正歯科学会の認定取得において、矯正歯科臨床研修修了程度検定審査を利用

医療施設 在籍(職)証明書

発行年月日

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

機 関 名

〇〇〇〇大学  
〇〇講座  
〇〇矯正学分野機関の長  
職名・氏名  
(自筆)教授  
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                      | 〇〇 〇〇                      | 生年月日  | 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生 |
| 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           |
| 自                        | 2015年 4月 1日～至 2019年 3月 31日 | 大学院生  | 常勤             |
| 自                        | 2019年 4月 1日～至 2020年 3月 31日 | 医員    | 常勤             |
| 自                        | 2020年 4月 1日～至 2028年 3月 31日 | 助教    | 常勤             |
| 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              |       |                |
| 自                        | 年 月 日～至 年 月 日              |       |                |
| 自                        | 年 月 日～至 年 月 日              |       |                |

※備考

勤務期間証明書

発行年月日

年

月

日

研修施設名  
・診療科名施設の長  
職名・氏名  
(自筆)

印

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

研 修 期 間

施設名 職名等

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

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記載してください。  
(勤務期間証明書は施設ごとの証明書の提出が必要です)



※ 氏名・会員番号のみご記入ください。

学 会 会 員 証 明 書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

|               |
|---------------|
| 〇〇 〇〇 殿       |
| 会員番号 第 〇〇〇〇 号 |

は 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 から引き続いて

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<br><br>年 月 日 |
|        | 所属施設<br>・ 住所    | 自宅<br>住所 | 備考 |                  |

研 修 実 績 報 告 書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

## 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に限る）

| 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<br>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<br>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<br>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<br>開催地：東京 開催日： 2019年 6月 8・9日   | 20  |
|                    |   |     |

(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。）

抄録等の添付の際は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。

筆頭演者としての発表で5年を超える業績は研修単位が0となります。

| 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<br>2021年 6月 11日 P-6-3「咬合平面の傾斜を伴う顔面非対称患者に歯科矯正用アンカースクリューを併用し外科的矯正治療を行った1例」 | 12  | <input checked="" type="checkbox"/> 筆頭演者<br><input type="checkbox"/> 共同演者 |
| 2                       |   |     | <input type="checkbox"/> 筆頭演者<br><input type="checkbox"/> 共同演者            |
| 3                       |   |     | <input type="checkbox"/> 筆頭演者<br><input type="checkbox"/> 共同演者            |
| 4                       |   |     | <input type="checkbox"/> 筆頭演者<br><input type="checkbox"/> 共同演者            |
| 5                       |   |     | <input type="checkbox"/> 筆頭演者<br><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)

2. 教育研修会（本学会が主催する最近5年以内の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18回教育研修会      開催日： 2022年 8月 15日～ 9月 19日<br>主題：「顎変形症治療の基礎知識」             | 15  |
| 2                  | 第17回教育研修会      開催日： 2021年 6月 11日～ 6月 25日<br>主題：「開咬症例に対する顎変形症治療」          | 15  |
| 3                  | 第16回教育研修会      開催日： 2020年 6月 23日<br>主題：「若手を対象とした外科的矯正治療の基本―診断と治療方針を中心に―」 | 15  |
| 4                  |  |     |
| 5                  |  |     |

（修了証等のコピーを添付）

\*5年を超えるものは記入しないでください。

3. 論文業績（申請時の必須要件ではありません。）研修単位が足りない場合のみご記入ください。

|                              |                   |                          |
|------------------------------|-------------------|--------------------------|
| 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<br>（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<br>（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<br>（西暦）      年      月 |
|                              |                   | 巻      号      ～      ページ |

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（ 0単位）  
＝ 計120単位以上    単位数 計 137

\*150単位を超える業績の記入はお控えください。

# 参加証等コピー貼付用紙

The 32nd Annual Meeting of the Japanese Society for Jaw Deformities  
特定非営利活動法人  
**第32回 日本顎変形症学会**  
総会・学術大会

所属 〇〇〇〇大学

氏名 〇〇 〇〇

**参加証明書**

No. 0570

第32回特定非営利活動法人 日本顎変形症学会  
総会・学術大会に  
参加したことを証明します

2022年6月9日(木)・10日(金)

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  
大会長 小林 正浩

特定非営利活動法人  
**第31回 日本顎変形症学会総会・学術大会**

No. 182750

所属 〇〇〇〇大学

氏名 〇〇 〇〇

**参加証明書**

No. 182750

第31回 特定非営利活動法人 日本顎変形症学会  
総会・学術大会に  
参加されたことを証明いたします。

会期：2021年6月11日(金)・12日(土)  
ハイブリッド開催

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  
大会長 高橋 正

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**  
The 29th Annual Meeting of the Japanese Society for Jaw Deformities

所属 (Institute) 〇〇〇〇大学

氏名 (Name) 〇〇 〇〇

**参加証明書**

No. 210

第29回特定非営利活動法人 日本顎変形症学会  
総会・学術大会に  
参加されたことを証明いたします。

会期：令和元年6月8日(土)・9日(日)  
会場：学術総合センター(一橋講堂)

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  
大会長 近藤 壽郎

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**

No. 1558

所属 〇〇〇〇大学

氏名 〇〇 〇〇

**参加証明書**

No. 1558

第30回 特定非営利活動法人 日本顎変形症学会  
総会・学術大会に  
参加されたことを証明いたします。

会期：2020年6月24日(水)～7月9日(木)  
Webinar開催

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  
大会長 齋藤 功

- \* 学会参加証等は、氏名、学会名、証明No.が確認できるようにコピーし、貼付してください。
- \* 添付する学会発表の抄録は研修実績報告書の学会発表に記入した番号・学会名・開催年月日がわかるようにしてください。
- \* 用紙不足の場合は、この用紙をコピーしてください。 ( 3枚のうち 1枚)

## 参加証等コピー貼付用紙

学会発表 1

第 31 回 日本顎変形症学会学術大会

2021 年 6 月 11 日



忘れずに記入してください。

### P-6-3 咬合平面の傾斜を伴う顔面非対称患者に歯科矯正用アンカースクリューを併用して外科的矯正治療を行った 1 例

<sup>1)</sup>九州歯科大学歯学部 健康増進学講座 顎口腔機能矯正学分野 <sup>2)</sup>聖隷浜松病院 矯正歯科, <sup>3)</sup>九州歯科大学歯学部 生体機能学講座 口腔内科学分野 <sup>4)</sup>九州歯科大学歯学部 生体機能学講座 顎顔面外科分野

○水原 正博<sup>1)</sup>, 志賀 百年<sup>1,2)</sup>, 鶴島 弘基<sup>3)</sup>, 土生 学<sup>4)</sup>, 大谷 泰志<sup>3)</sup>, 左合 美紗<sup>1)</sup> 吉岡 泉<sup>3)</sup>, 富永 和宏<sup>4)</sup>, 川元 龍夫<sup>1)</sup>

A case of facial asymmetry with canted maxillary occlusal plane treated by orthodontic anchoring screw

<sup>1)</sup> Division of Orofacial Functions and Orthodontics, Department of Health Promotion, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University, <sup>2)</sup> Seirei Hamamatsu General Hospital, <sup>3)</sup> Division of Oral Medicine, Department of Physical Functions, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University, <sup>4)</sup> Division of Maxillofacial Surgery, Department of Physical Functions, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

○MASAHIRO MIZUHARA<sup>1)</sup>, MOMOTOSHI SHIGA<sup>1,2)</sup>, HIROKI TSURUSHIMA<sup>3)</sup>, MANABU HABU<sup>4)</sup>, TAISHI OTANI<sup>3)</sup>, MISA SAGO<sup>1)</sup>, IZUMI YOSHIOKA<sup>3)</sup>, KAZUHIRO TOMINAGA<sup>4)</sup> and TATSUO KAWAMOTO<sup>1)</sup>

【目的】下顎の側方偏位を伴う顔面非対称症例では、上顎の咬合平面の傾斜を伴うことがあり 外科的矯正治療を行う場合は下顎の手術のみではなく上顎咬合平面の傾斜の修正のために上顎骨切り術を伴うことが多い。今回われわれは上顎咬合平面の傾斜の修正に歯科矯正用アンカースクリューを用い、下顎の手術のみで対応した症例を経験したので報告する。  
【症例】初診時年齢は 29 歳 1 か月の女性。顔面の非対称感および下顎の前突感を主訴に来院した。9 歳時に他歯科医院にて不正咬合を指摘され、叢生の解消のため上下顎左右第一小臼歯 4 本の抜歯のみを行った（矯正歯科治療は行っていない）。側貌は concave type、正貌はオトガイ部が左方偏位し、顔面非対称を呈していた。大臼歯関係は両側 Angle Class III overjet 0.5mm, overbite 0.5mm で、左側は交叉咬合を呈していた。SNA 75.4° SNB 77.4° ANB -2.0° と skeletal Class III を呈していた。正面セファロ分析より、Me は正中に対し 6.0mm 左方偏位していた。また左上がり 2.0mm の咬合平面の傾斜を認めた。術前矯正治療時に歯科矯正用アンカースクリューを用いて 右側大臼歯部は 2.5mm, 左側大臼歯部は 0.5mm 上方移動し咬合平面の傾斜を改善した。動的治療開始後 1 年 6 か月後に両側下顎枝垂直骨切り術（右側 8.0mm 左側 2.0mm 後方移動）を施行し、術後 1 年 3 か月時に保定を開始した。Me は 6.0mm 左方偏位からほぼ Online へと改善し、左右対称の正貌を獲得し、また下顎の突出感も改善した。現在保定開始後 1 年以上経過し、安定した咬合状態を維持している。【考察およびまとめ】歯科矯正用アンカースクリューによる咬合平面の傾斜改善と下顎骨切り術単独での治療を行い、患者の負担を軽減し、良好な治療結果を得ることができた。歯科矯正用アンカースクリューによって より侵襲の少ない外科的矯正治療を行えることが示唆された。今後は大臼歯の垂直的な後戻りを注意深く観察する予定である。

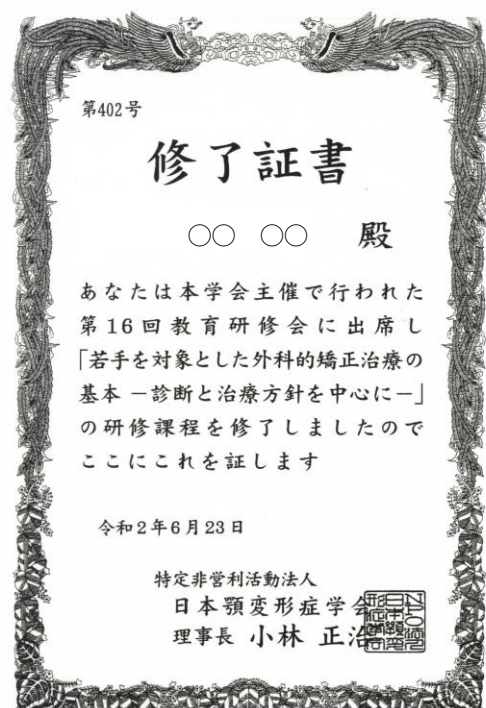
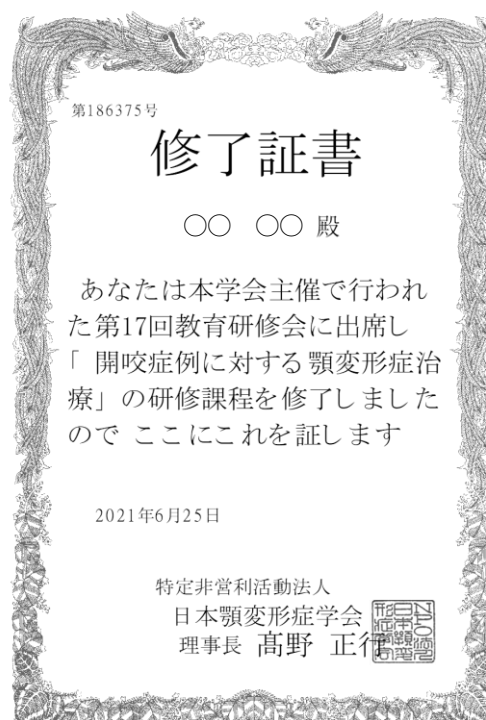
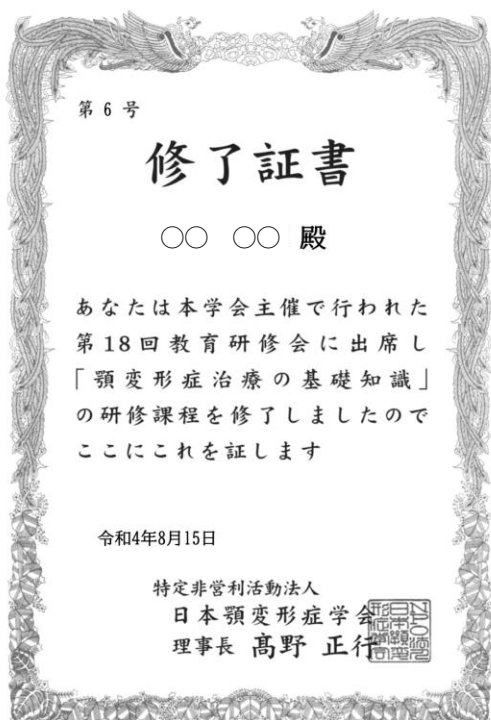
【プログラム 抄録号】

\*学会参加証等は、氏名、学会名、証明No.が確認できるようにコピーし、貼付してください。

\*添付する学会発表の抄録は研修実績報告書の学会発表に記入した番号・学会名・開催年月日がわかるようにしてください。

\*用紙不足の場合は、この用紙をコピーしてください。 ( 3枚のうち 2枚)

## 参加証等コピー貼付用紙



\*学会参加証等は、氏名、学会名、証明No.が確認できるようにコピーし、貼付してください。

\*添付する学会発表の抄録は研修実績報告書の学会発表に記入した番号・学会名・開催年月日がわかるようにしてください。

\*用紙不足の場合は、この用紙をコピーしてください。 ( 3枚のうち 3枚)

|                    |                           |   |
|--------------------|---------------------------|---|
| 研修施設名<br>診療科名      | 〇〇〇〇大学<br>〇〇矯正学分野<br>矯正歯科 |   |
| 医療施設長<br>職名・氏名（自筆） |                           | 印 |

症例記録一覧

申請者氏名：    〇〇   〇〇

選択  
症例1  
選択  
症例2

| 提示症<br>例番号 | 各施設での<br>症例番号<br>(管理番号) | 所属医療機関名            | 性別 | 動的治療<br>開始時年齢 | 術前矯正<br>終了時年齢 | 動的治療<br>終了時年齢 | 動的治療期間 |
|------------|-------------------------|--------------------|----|---------------|---------------|---------------|--------|
| 1          | 12345                   | 〇〇〇〇大学附属病院<br>矯正歯科 | F  | 16歳10か月       | 21歳3か月        | 22歳5か月        | 5年7か月  |
| 2          | 12346                   | 〇〇〇〇大学附属病院<br>矯正歯科 | F  | 59歳5か月        | 61歳1か月        | 64歳9か月        | 5年4か月  |
| 3          | 12347                   | 〇〇〇〇大学附属病院<br>矯正歯科 | F  | 29歳3か月        | 30歳10か月       | 32歳5か月        | 2年8か月  |
| 4          | 12348                   | 〇〇〇〇大学附属病院<br>矯正歯科 | F  | 20歳3か月        | 22歳4か月        | 24歳0か月        | 2年8か月  |
| 5          | 12349                   | 〇〇〇〇大学附属病院<br>矯正歯科 | F  | 16歳7か月        | 18歳10か月       | 19歳11か月       | 3年4か月  |
| (例)        | A54321                  | ○△大学附属病院矯正<br>歯科   | M  | 26歳3か月        | 27歳10か月       | 29歳1か月        | 2年10か月 |

| 提示症<br>例番号 | 診断名  | 使用装置    | 手術方法                              | 手術施行<br>医療機関名         | 固定方法           |
|------------|------|---------|-----------------------------------|-----------------------|----------------|
| 1          | C    | MB, TPA | U: 上顎前歯部歯槽骨切り術<br>L: 下顎枝垂直骨切り術    | 〇〇〇〇大学附属病院<br>口腔顎顔面外科 | チタン製<br>プレート固定 |
| 2          | B    | MB      | L: 下顎枝矢状分割術                       | 〇〇〇〇大学附属病院<br>口腔顎顔面外科 | チタン製<br>プレート固定 |
| 3          | B, E | MB, TAD | L: 下顎枝矢状分割術                       | 〇〇〇〇大学附属病院<br>口腔顎顔面外科 | チタン製プ<br>レート固定 |
| 4          | B    | MB, TPA | L: 下顎枝矢状分割術                       | 〇〇〇〇大学附属病院<br>口腔顎顔面外科 | チタン製<br>プレート固定 |
| 5          | D, F | MB, TPA | U: Le Fort I 型骨切り術<br>L: 下顎枝矢状分割術 | 〇〇〇〇大学附属病院<br>口腔顎顔面外科 | チタン製<br>プレート固定 |
| (例)        | B, E | MB, TAD | L: 下顎枝矢状分割術                       | ○△大学附属病院<br>口腔外科      | 吸収型プレート<br>固定  |

【記入上の注意点】

診断

- A: 上顎前突
- B: 下顎前突
- C: 上下顎前突
- D: 開咬
- E: 顔面非対称
- F: その他（その他の場合は診断を記載してください。）

使用装置

- MB: マルチブラケット装置
- UEx: 上顎拡大装置
- TPA: トランスパラタルアーチ
- TAD: 矯正用アンカースクリュー
- NHA: ナンスのホールディングアーチ
- HG: ヘッドギア
- LA: リンガルアーチ
- その他は適宜装置名を記載すること

手術方法

- 上顎骨: U
- 下顎骨: L
- オトガイ形成術: GeP



## 症例の重複確認

- ・申請症例は担当医と主に指導した上級医の2名のみ重複して申請できます。
- ・それぞれの申請者が提出する申請書は整合性が得られるようにご記載ください。
- ・担当医と上級医のそれぞれの申請書に記載された症例のみ申請を認めます。
- ・どちらか一方が先に申請する場合は後の申請時に確認いたします。
- ・指導した上級医が複数いる場合は、主に指導をした上級医1名のみが担当医の症例を使用できます。
- ・後に2名を超えた症例の重複が発覚した場合は認定医取り消しとなりますのでご注意ください。

該当箇所をチェックしてください。

- ☐ 今回症例を重複して使用し、2名の申請者が同時に申請する。
- ☒ 以前の申請で使用した症例で申請する。
- ☒ 今回以降の申請で使用する予定
- ☐ 重複での申請の予定なし
- すべての提出

すべての提出症例で重複ない場合に  
チェックしてください。

今回の申請で ☒ 担当医として申請（提示症例番号 1, 2, 3, 4, 5）

☐ 指導した上級医として申請（提示症例番号 \_\_\_\_\_）

重複症例にチェックし記入してください。

|   | 提示症<br>例番号 | 担当医の氏名<br>会員番号 | 上級医の氏名<br>会員番号 | 各施設での<br>症例番号<br>(管理番号) | 以前の申請で使用し<br>た場合 申請年 | 今後申請予定         |
|---|------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| ✓ | 1          | ○○ ○○          | ○○○ ○          | 12345                   | 2023年                |                |
|   |            | 43210          | 14321          |                         |                      |                |
| □ | 2          | ○○ ○○          | □□ □□          | 12346                   |                      | なし             |
|   |            | 43210          | 16543          |                         |                      |                |
| ✓ | 3          | ○○ ○○          | ○○○ ○          | 22347                   | 2023年                |                |
|   |            | 43210          | 14321          |                         |                      |                |
| ✓ | 4          | ○○ ○○          | ○○ ■■          | 22348                   |                      | 2025年 申<br>請予定 |
|   |            | 43210          | 34321          |                         |                      |                |
| □ | 5          | ○○ ○○          |                | 55349                   |                      | なし             |
|   |            | 43210          |                |                         |                      |                |
|   | (例)        | ○○ ○○<br>12345 | ○○ ○○<br>88888 | A54321                  | 2023年                | 2025年 申請<br>予定 |

\*指導をした上級医は顎変形症学会会員である必要があります。

- ・今回および今後症例を重複して申請もしくは申請予定の場合  
申請書に記載された症例のみ申請を認めますのでご注意ください。



症例記録簿

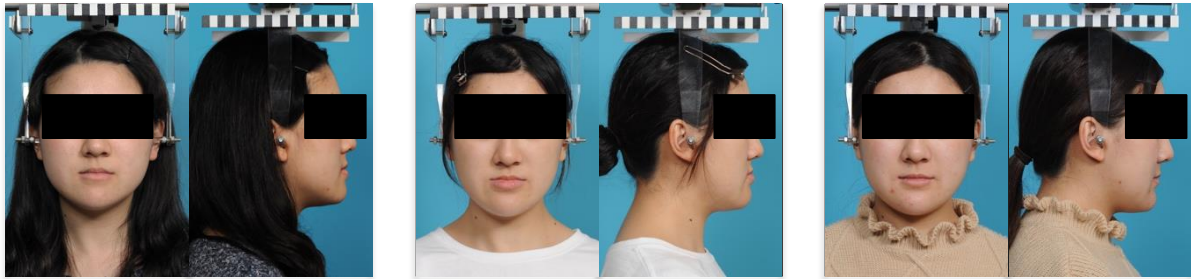
申請者氏名：○○ ○○

|   |  |                             |  |
|---|--|-----------------------------|--|
| 主 訴   |  |                             |  |
| 下の顎が前に出ている。前歯のかみ合わせが反対になっている。   |  |                             |  |
| 現病歴   |  |                             |  |
| 1歳半検診にて歯並びについて指摘され気がついた。気がついてから反対咬合の程度は徐々に悪化していった。2011年2月（11歳時）、顔面打撲し、―― <sup>1</sup> ――完全脱臼―― <sup>2</sup> ――亜脱臼のため、他院にて上顎前歯部の暫間固定を行った。2012年1月（12歳時）に当科受診。チンキャップを用いて下顎骨の前方成長の抑制を行うも、下顎骨の成長が著しく、経過観察を行っていた。   |  |                             |  |
| 顔貌所見【該当するものに○をつけること】  |  |                             |  |
| 顔貌の対称性  |  | 側貌のタイプ                      |  |
| 対称 ・ （右 / ⊕）側偏位   |  | Concave ・ Straight ・ Convex |  |
| スマイル時の上顎切歯の露出度  |  | 過度 ・ 標準 ・ 少ない               |  |
| 頭部X線規格写真の所見【分析結果に基づいて○をつけること】   |  |                             |  |
| Skeletal  |  | Skeletal                    |  |
| Lateral   |  | P-A                         |  |
| 後方位   |  | 右方偏位                        |  |
| 標準的   |  | 偏位なし                        |  |
| 前方位   |  | 左方偏位                        |  |
| 上顎骨   |  | 上顎骨                         |  |
| 下顎骨   |  | 咬合平面                        |  |
|   |  | 右上がり                        |  |
|   |  | 水平                          |  |
|   |  | 左上がり                        |  |
|   |  | 下顎骨                         |  |
|   |  |                             |  |
|   |  | ○                           |  |
| Dental  |  |                             |  |
| 上顎（唇側傾斜） ・ 標準 ・ 舌側傾斜  |  |                             |  |
| 下顎（唇側傾斜） ・ 標準 ・ 舌側傾斜  |  |                             |  |
| 模型・口腔内所見  |  |                             |  |
| 大臼歯関係：右側（Ⅲ）級  |  | Overjet : (-2.0) mm         |  |
| 左側（Ⅲ）級  |  | Overbite : (-1.0) mm        |  |
|   |  | 上顎 A. L. D. : (-2.5) mm     |  |
|   |  | 下顎 A. L. D. : (-1.5) mm     |  |
| 正中の偏位：<br>顔面の正中に対し上顎前歯正中は（一致）<br>顔面の正中に対し下顎前歯正中は（一致）<br>下顎骨の正中に対し下顎前歯正中は（1.0 mm 右方偏位）   |  |                             |  |
| 欠損歯（先天性欠如を含む）：有（ ） ・ 無（ ） 歯/歯周組織の疾患：④（―― <sup>123</sup> ――） ・ 無   |  |                             |  |
| 機能系の所見、その他特記すべき所見   |  |                             |  |
| 咬合に影響を与えるような習癖、鼻咽腔疾患、顎関節症状、早期接触、咬頭干渉などは認めなかった。<br>―― <sup>1</sup> ―― は予後不良のため、抜去予定とした。over-all ratio が94.5%と1S.D.を超えて大きな値を示していた。  |  |                             |  |
| 診 断 名   |  |                             |  |
| skeletal Class Ⅲを伴う、骨格性上下顎前突症例  |  |                             |  |
| 治療方針  |  |                             |  |
| 非抜歯 ・ 抜歯【抜歯部位】（―― <sup>8</sup> ―― <sup>11</sup> ―― <sup>8</sup> ――） 【使用装置】マルチブラケット装置、パラタルアーチ  |  |                             |  |
| 上顎  |  |                             |  |
| 術式 上顎前歯部歯槽骨切り術―― <sup>4</sup> ―― <sup>4</sup> ―― 抜歯   |  |                             |  |
| U1 移動量：垂直（2.0）mm、水平（10.0）mm U6 移動量：垂直（ ）mm、水平（ ）mm  |  |                             |  |
| ANS 移動量：垂直（0.5）mm、水平（6.0）mm PNS 移動量：垂直（ ）mm、水平（ ）mm   |  |                             |  |
| U1 to FH：（147.7°）→（135.4°）  |  |                             |  |
| 下顎  |  |                             |  |
| 術式 両側下顎枝垂直骨切り術  |  |                             |  |
| Setback 平均（9.0）mm 右（10.5）mm 左（7.5）mm  |  |                             |  |
| 下顎下縁平面：（17.3）°→（16.0）°  |  |                             |  |
| SNA：（91.4）°→（86.8）° SNB：（97.6）°→（93.7）° ANB：（-6.2）°→（-6.9）°   |  |                             |  |
| 治療経過概要  |  |                             |  |
| 2017. 2. 上顎歯列にマルチブラケット装置（.018” slot、ストレート）を装着し、レベリング開始（.012” NiTi）。   |  |                             |  |
| 2017. 3. ― <sup>1</sup> ―― <sup>5</sup> ―― 抜去、―― <sup>1</sup> ―― <sup>5</sup> ―― を―― <sup>1</sup> ―― <sup>5</sup> ―― 部に移植後、下顎歯列にマルチブラケット装置（.018” slot、ストレート）を装着し、レベリング開始（.012” NiTi）。   |  |                             |  |
| 2017. 12. 全身麻酔下にて―― <sup>8</sup> ―― <sup>8</sup> ――を抜去。   |  |                             |  |
| 2021. 3. 上顎前歯部歯槽骨切り術（―― <sup>4</sup> ―― <sup>4</sup> ―― 抜去）、下顎枝垂直骨切り術施行。  |  |                             |  |
| 2021. 5. 術後矯正としてClass Ⅲ elasticsを併用しながら、スペーススクロージングを開始（.017” ×.022” CoCr）。  |  |                             |  |
| 2022. 3. マルチブラケット装置を撤去し、上顎にcircumferential type retainerとfixed retainer、下顎にfixed retainerを装着。   |  |                             |  |
| 治療結果概要  |  |                             |  |
| 叢生の解消、上下顎前歯部被蓋関係、大臼歯関係、上下顎骨の前後的位置が改善し、正中の一致化および緊密な咬合を獲得した。骨格系の変化としてSNA角は91.4°から86.8° SNB角は96.8°から93.7°、ANB角は-5.4°から-6.9°に変化し、顎間関係は改善していないものの、上下顎骨の後方移動により顔貌は改善した。歯系の変化として、U1 to FH角は142.8°から135.4°に変化し、上顎前歯の舌側傾斜移動が生じ、上顎前歯の唇側傾斜を可能な限り改善した。上顎前歯の舌側傾斜移動および上顎骨の後方移動を目的として、上顎前歯部歯槽骨切り術を行った。歯槽骨切りによる上顎前歯の舌側傾斜移動のために上顎犬歯を挺出させ、切歯部の傾斜移動量を稼ぐようにした。その結果、重ね合わせより計画した移動は達成されている。術前矯正歯科治療にて、上顎前歯が大きく唇側移動しているのは、A.L.D.の解消だけでなく、下顎前歯の突き上げによるフレアーアウトもあると思われる。当初は2020年春に顎矯正手術を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大により延期となったため、術前矯正治療期間が長くなった。術後矯正歯科治療にて、上顎大臼歯部と下顎前歯部が挺出しているのはClass Ⅲ elasticsの使用によるものと思われる。側貌において、E-lineに対して、上唇が3.0 mmから0.0 mm、下唇が5.0 mmから0.0 mmとなった。下顎の突出感が改善し、良好な側貌を獲得し、患者は大変満足している。 |  |                             |  |

症例写真記録簿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

動的治療開始時（19歳 9 か月）    術前矯正終了時（22 歳 9 か月）    動的治療終了時（24 歳 3 か月）



注）アイマスク添付



動的治療開始時



術前矯正終了時



動的治療終了時



申請者氏名\_\_\_\_\_

側面セファログラムトレース

※原寸大のトレースを記入してください。

側面頭部X線写真の重ね合わせ（全体）



申請者氏名\_\_\_\_\_

側面セファログラムトレース

※原寸大のトレースを記入してください。

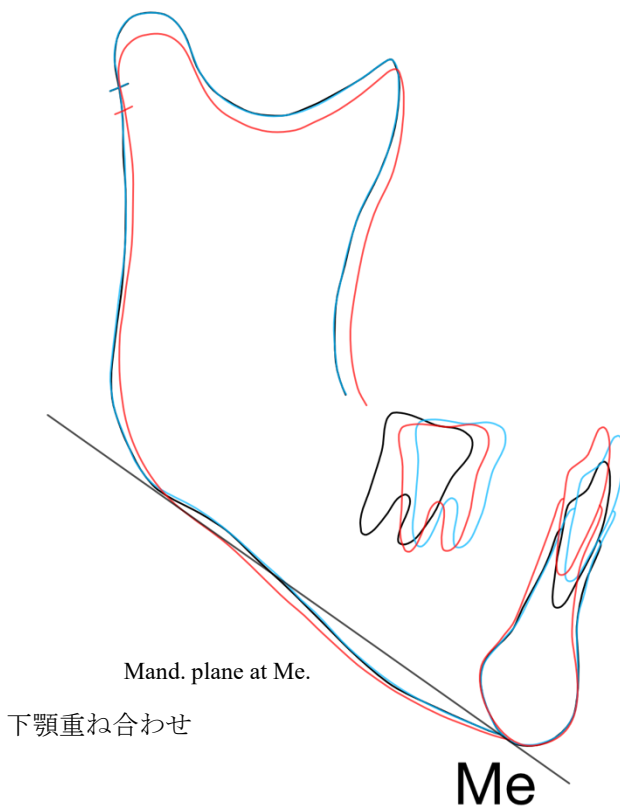
## 側面頭部X線写真の重ね合わせ（上顎骨・下顎骨）

上顎重ね合わせ

ANS-PNS at ANS

PNS

ANS



動的治療開始時 ————— 19 歳 9 か月

術前矯正終了時 ————— 22 歳 9 か月

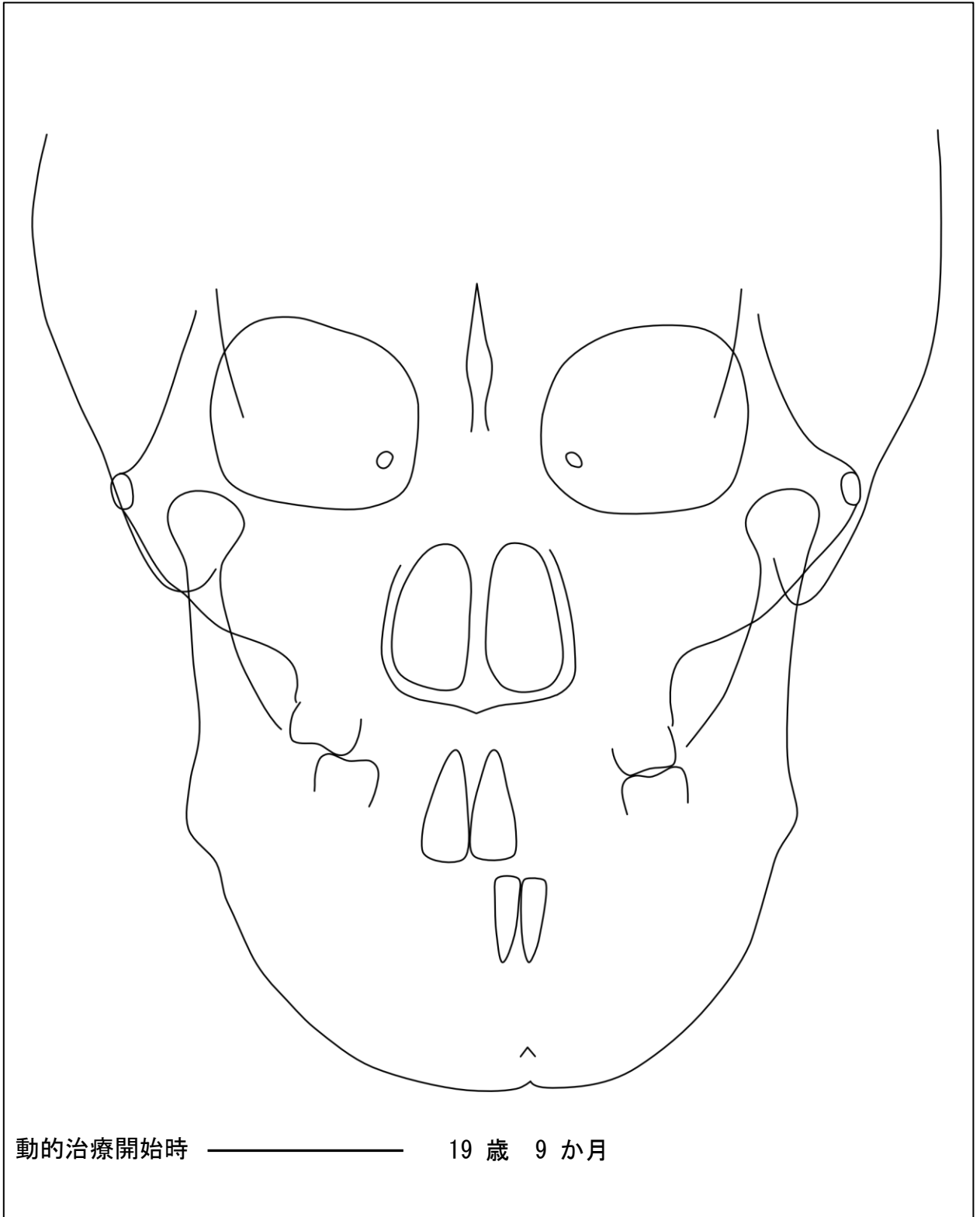
動的治療終了時 ————— 24 歳 3 か月

申請者氏名 \_\_\_\_\_

正面セファログラムトレース

※シフト症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

正面頭部X線写真 動的治療開始時 （全体）



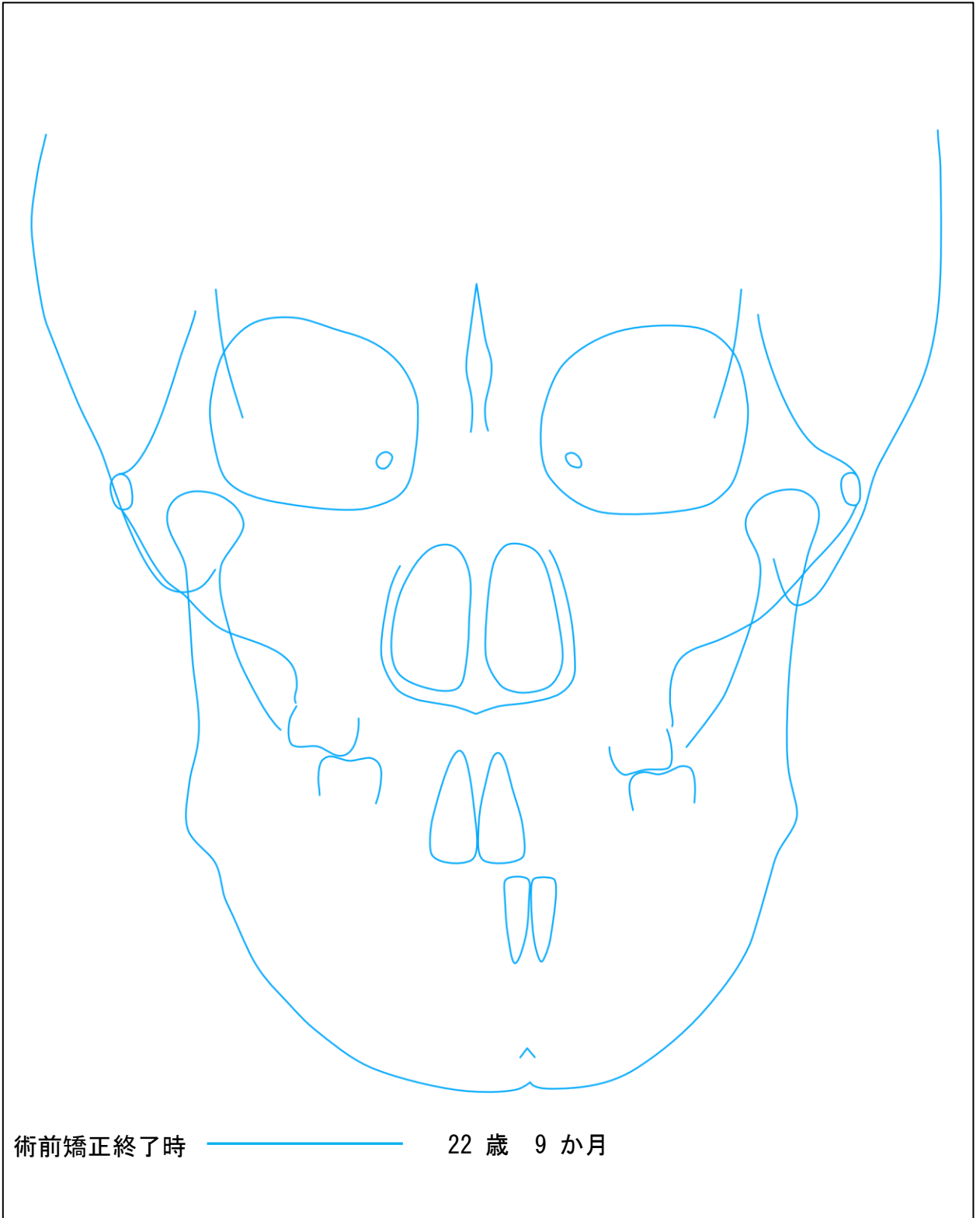
動的治療開始時 \_\_\_\_\_ 19 歳 9 か月

申請者氏名 \_\_\_\_\_

正面セファログラムトレース

※シフト症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

正面頭部X線写真 術前矯正終了時 （全体）

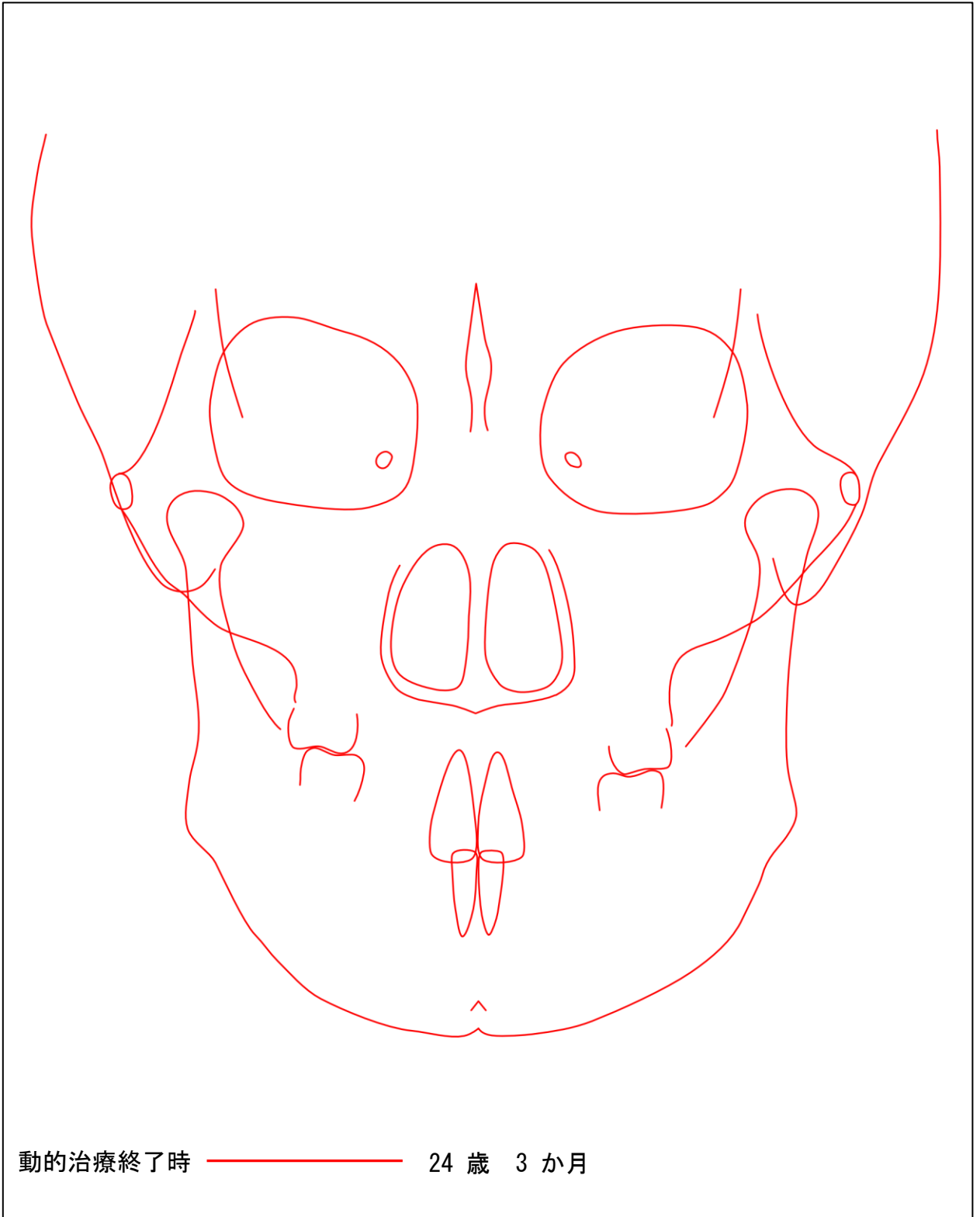


申請者氏名\_\_\_\_\_

正面セファログラムトレース

※シフト症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

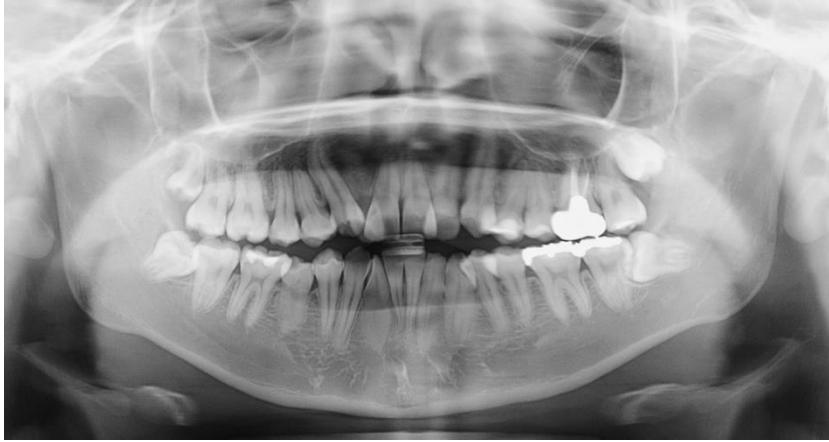
正面頭部X線写真 動的治療終了時（全体）





申請者氏名\_\_\_\_\_

動的治療開始時パノラマX線写真



術前矯正終了時パノラマX線写真



動的矯正終了時パノラマX線写真





## 側面頭部X線規格写真 分析結果

申請者氏名：○○ ○○

|             | 資料採取日<br>計測項目        | 動的治療開始時<br>16 歳 10 か月 | 術前矯正終了時<br>21 歳 3 か月 | 動的治療終了時<br>22 歳 5 か月 |
|-------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 骨<br>格<br>系 | FH to SN             | 5.8                   | 5.8                  | 5.8                  |
|             | SNA                  | 91.4                  | 91.4                 | 86.8                 |
|             | SNB                  | 96.8                  | 97.6                 | 93.7                 |
|             | ANB                  | -5.4                  | -6.2                 | -6.9                 |
|             | Facial angle         | 102.1                 | 103.2                | 100.5                |
|             | Mandibular pl. to FH | 17.5                  | 17.3                 | 16.0                 |
|             | Gonial angle         | 127.1                 | 127.0                | 121.5                |
|             |                      |                       |                      |                      |
| 歯<br>系      | U1 to FH             | 142.8                 | 147.7                | 135.4                |
|             | IMPA (L1 to MP)      | 86.7                  | 85.0                 | 82.6                 |
|             | FMIA                 | 75.8                  | 77.7                 | 81.4                 |
|             | Interincisal angle   | 113.0                 | 110.0                | 126.0                |
|             |                      |                       |                      |                      |
| 軟<br>組<br>織 | E-line:Upper (mm)    | +3.0                  | +2.0                 | 0.0                  |
|             | E-line:Lower (mm)    | +5.0                  | +3.0                 | 0.0                  |
|             |                      |                       |                      |                      |
| 模<br>型      | Overjet (mm)         | -2.0                  | +4.5                 | +2.0                 |
|             | Overbite (mm)        | -1.0                  | +1.0                 | +2.0                 |
|             |                      |                       |                      |                      |

※他の分析項目を追加したい場合は空欄に計測項目ご記入ください。

※Overjet、Overbite は模型上で計測した値をご記入ください。

※左右の Overjet、Overbite の値が異なる場合はそれぞれの値をご記入ください。

申請書類は A-7-1、A-7-2、A-7-3 のように番号順に提出してください。

注：サンプルでは選択症例 1 のみ掲載しておりますが、申請書提出の際は選択症例 1 の各書類を番号順にまとめ、その後に選択症例 2 の書類を番号順にして提出してください。

## 治療に関連する情報についての同意書

この度、私は担当医および指導医が顎変形症学会資格審査において私の写真（顔面写真や口腔内写真など）やエックス線写真等の治療に関連する情報を使用するにあたり、「使用目的」、「承諾しない場合でも今後の治療に不利益を受けないこと」、「個人が特定できるような公表は行わないこと」について説明を受けました。

ここに、私は写真（顔面写真や口腔内写真など）やエックス線写真等の治療に関連する情報を同学会に提出することを承諾いたします。

担当医または説明者氏名（自署）： ○○ ○○

担当医または説明者所属： ○○○○大学 ○○講座 ○○矯正学分野

○○○○年 ○○月 ○○日

患者氏名（自署）： △△ △△

患者の保護者または代諾者氏名（自署）

本人が署名できない理由

☐18歳未満 ☐ペンが持てない ☐その他（ ）

・ 患者が18歳以上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。