|  |
| --- |
| タイトル（和文）：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＊この報告書の○は黒文字で上書きし，赤文字（この行も含む）は全て削除したものをご提出下さい！ |
| **本人写真****この部分に写真を貼付けてください。****（直接貼付け、JPEG、TIFF形式など）** | 【申請者氏名（会員番号）】　〇〇 〇〇（000000）←名字と名前の間は半角スペース空ける　XXXXXXXX X 　←英文氏名、名字とイニシャルのみ（全て大文字）【所属研修施設名】　〇〇〇〇○　←１施設のみ（複数所属の場合は主所属施設を記入）【緊急連絡先（携帯等）電話番号, メールアドレス】　000-0000-0000, mail@implantgakkai.jp 【添付画像資料一覧】1.術前口腔内写真（20XX年XX月撮影）2.術前パノラマエックス線写真（20XX年XX月撮影）3.上部構造装着直後の口腔内写真（20XX年XX月撮影）4.上部構造装着後○年○カ月経過時の口腔内写真（20XX年XX月撮影）5.上部構造装着後○年○カ月経過時のパノラマエックス線写真（20XX年XX月撮影） |
| Ⅰ.緒言：（論文の発表目的を簡潔に記載して下さい）〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇．Ⅱ.症例の概要：（患者の年齢性別、主訴、現病歴、既往歴、現症：全身および口腔内所見、諸検査結果、診断名）〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇．診断名：〇〇〇〇Ⅲ.治療内容：（治療方針、治療計画、インフォームドコンセントの内容、手術の概要、上部構造装着までの治療手順、使用材料など）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．Ⅳ.経過と考察：（上部構造装着後の管理、メインテナンスの状況、インプラント周囲組織の状態、考察〔症例を通じて明らかになった問題点や留意点、治療の有効性などを論じて下さい〕）　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Ⅴ.結論（結果と考察を踏まえつつ、症例から明らかになったことを簡潔にまとめて下さい）〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇．＊注意事項＊・この書式にしたがって記載して下さい．異なる書式や記載項目の変更は認められません。・記載項目の見出し（【Ⅰ緒言：】等）も含めて全角1000文字以内で記載して下さい．・日本口腔インプラント学会用字用語規則を守ること（例：〜の為[誤]⇒〜のため[正]）〜の事[誤]⇒〜のこと[正]，○か月[誤];○ヶ月[誤];○ヵ月[誤]⇒○カ月[正] など）所属研修施設長の確認・捺印が必要 |

**研修施設長 署名　　　　　 　　　　印 <研修施設長は内容確認の上,自署,捺印のこと>**

【申請者氏名】〇〇〇〇

１.術前口腔内写真（５枚法：正面・左右側方・上下咬合面観）（○○○○年○月撮影）

* この欄に口腔内写真やエックス線写真等の画像データを直接貼付けて下さい（プリントアウトした写真を糊や両面テープ等で貼付けるのではなく，画像データをPCで電子的に貼付けて作成し印刷して下さい）．パノラマエックス線写真や口腔内写真がデジタルではなくアナログフィルムにて撮影されている場合においても，必ずスキャナー等でデジタル化して作成して下さい．
* ミラー像の症例写真を添付する場合は，（左右の関係が正しく見えるように）画像編集ソフトで左右を反転した画像データを作成して下さい．

**ここに写真データを貼付すること**

２.術前パノラマエックス線写真（○○○○年○月撮影）

**＊原則として両側顎関節を含んだもの**

**＊術前パノラマエックス線写真でインプラント治療部位が抜歯前のものである場合、抜歯後の骨治癒を診断した追加画像診断資料等が必要です（抜歯即時埋入の場合は不要）**

**ここに写真データを貼付すること**

【申請者氏名】〇〇〇〇

３.上部構造装着直後の口腔内写真（○○○○年○月撮影）

**ここに写真データを貼付すること**

４.上部構造装着後○年○カ月経過時の口腔内写真（５枚法：正面・左右側方・上下咬合面観）（○○○○年○月撮影）

**ここに写真データを貼付すること**

【申請者氏名】〇〇〇〇

５.上部構造装着後○年○カ月経過時のパノラマエックス線写真（○○○○年○月撮影）
**＊原則として両側顎関節を含んだもの**

**ここに写真データを貼付すること**

**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**

【追加画像診断資料等貼付欄】

* 本概要報告書のP.２に貼付した術前パノラマエックス線写真が抜歯前である(インプラント埋入部位の顎骨内に天然歯等が残っていて，抜歯等の術前処置が必要な状態である)場合には，インプラント埋入前に行った抜歯等術前処置後の骨治癒に関する診断の根拠となる画像資料等（CTの再構成画像，デンタルエックス線写真など）の追加資料の追加添付が必要です（貼付した画像資料それぞれに撮影日を明記し，必要最小限の枚数とすること．但し，抜歯即時埋入の場合、追加画像診断資料等は不要）．

**必要に応じて，この欄に追加画像診断資料等を貼付すること**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 　 | 履　歴　書 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  | 男 |  |  |  |
|  | 氏　名 |  | ・ | 西暦 年 月 日生 |  |  |
|  |  |  | 女 |  |  |  |
|  | 現住所 |  |  |  |
|  | （西暦）年　月　日　　　　　学　　　　　　歴 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 職　　　　　　歴 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 本学会及び認定研修施設における活動 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 免許・資格 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 認定講習会受講（大学系においては同等の研修を受けた）期間および研修施設名 |  |  |
|  |  |  |  | **～** |  |  |  | 施設名【　　　　　　　　　】 |  |  |
|  |  上記の通り相違ありません。 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　西暦　　　年　　月 日 |  |  |
|  |  　　氏名 印 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設在籍証明書

　　　　　　　　　　　　　　殿は、西暦　　　年　　月　　日から西暦　　　年　　月　　日まで継続　　年　　カ月間下記研修施設に在籍し研修して（いる・いた）ことを証明致します。

西暦　　　年　　月　　日

 研修施設名　　印

 研修施設長　　　　　　　印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設

認定講習会等修了証明書

　　　　　　　　　　　　　殿は公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設認定講習会（大学系においては認定講習会に相当する研修）を修了したことを証明致します。

西暦　　　年　　月　　日

研修施設名　　印

　　 研修施設長 　　　　　　　　　　印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

※大学系研修施設所属の場合には、大学の公印が押された大学が発行する在籍（職）証明書が別途必要です。