

1号様式

受付番号と受付年月日は何も記入しないこと。

受付番号
受付年月日 年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定 専門歯科衛生士認定申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

(西暦) ○○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名は自筆、それ以外はすべて
パソコン入力。
現住所や電話番号やファックス番号は
連絡が付きやすいところのものが望ましい。

会員番号 ○○○○

氏名 ○○○○ (申請者自筆) 印

住所 〒 ○○○ ○○○○○○○○○

電話番号 ○○○○○○○○○○

ファックス番号 ○○○○○○

推薦者氏名 (口腔インプラント専門医 自筆)
○○○○ (専門医自筆) 印

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士制度による資格を取得致したく、
必要書類を添えて申請致します。

必要書類

- (1) 公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士認定申請書 (1号様式)
- (2) 試験審査料納入済領収書 (写) (1号様式裏面に貼り付け)
- (3) 誓約書 (2号様式)
- (4) 履歴書 (3号様式)
- (5) 日本国歯科衛生士免許証 (写)
- (6) 公益社団法人日本口腔インプラント学会会員歴証明書 (4号様式)
- (7) 学術大会参加記録 (5号様式)
- (8) インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録 (6号様式)
- (9) 口腔インプラント専門医の推薦書 (7号様式)
- (10) 在職機関所属長の在籍証明書 (8号様式)
- (11) 在職機関所属長の推薦書 (9号様式)
- (12) 症例報告書 (10号様式)

(注1) 氏名以外はパソコンを用いて記入すること。

平成29年3月12日改正

誓約書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

(西暦) ○○ 年 ○ 月 ○日

氏名 ○○○○ (自筆) 印

私は、公益社団法人日本口腔インプラント学会倫理規程に則り、
口腔インプラント治療の介助又はメンテナンスを行うこと
を通して口腔インプラント治療の一翼を担うことを誓います。
また、インプラント専門歯科衛生士制度規程第13条の各号に該
当する場合には、速やかにインプラント専門歯科衛生士認定証
を返却することを誓います。

年月日はパソコン入力。
氏名は自筆。

履歴書（記入例）

顔写真
(カラー)
2.5cm×
3cm

ふりがな 氏名	〇〇 〇〇 (自筆)	男 ・ 女	(西暦) 〇〇 年 〇 月 〇 日生	
ふりがな	とうきょうとみなとくしば			
現住所	東京都港区芝4-3-5			
学 歴		すべてパソコン入力。 インプラント治療の介助又はメンテナンスに携わった医療機関をわかりやすく記入。フリーランスの場合も同様。 8号様式の在籍証明証と日付が一致すること。		
年 (西暦)	月			日
職				
2000	4	1	東京都歯科医院	
2010	4	1	新宿歯科大学インプラント科	
			現在に至る	
学会及び社会における活動				
2008	4	1	(社) 日本口腔インプラント学会会員	
2009	4	1	(社) 日本歯科衛生学会	
2010	4	1	〇〇学会会員	
賞 罰				
			なし	
上記の通り相違ありません。				
(西暦) 〇〇 年 〇 月 〇 日		氏名 〇〇 〇〇 (自筆) 印		

本人の自筆で。

4号様式

公益社団法人日本口腔インプラント学会 会員歴証明書

〇〇 〇〇 殿は (西暦) 年 月 日から
年 月 日まで継続 年 カ月間 公益社団法人
日本口腔インプラント学会正会員であることを証明致します。

年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会 印

本人の氏名のみパソコン入力。
本会会員歴は、学会事務局で調べて記
入します。

※ 公益社団法人日本口腔インプラント学会事務局が、会費の納付状況を確認し、記入いたします。氏名のみパソコン入力してください。

学術大会参加記録

(参加した学術大会を開催年月日順に記入してください。)

参加学術大会	開催年月日	開催地
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会学術大会	2009年〇月〇日～〇日	〇〇県
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部大会	2010年〇月〇日～〇日	〇〇県
	西暦で記入。	

パソコン入力
開催年月日順にわかり易く記入。(古い順)
会員マイページから照会できます。
学術大会の日付・場所については学会ホームページの支部学術大会一覧からご確認ください。

インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録

(受講したインプラント専門歯科衛生士教育講座を開催年月日順に記入してください。)

受講教育講座	開催年月日	開催地
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会学術大会 インプラント専門歯科衛生士教育講座	2009年〇月〇日	〇〇県
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会近畿・北陸支部学術大会 インプラント専門歯科衛生士教育講座	2010年〇月〇日	〇〇県

西暦で記入。

受講歴について会員マイページから照会できます。

推 薦 書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

(西暦) ○○年 ○月 ○日

日付はパソコン入力(西暦)。

専門医名 ○○○○ (専門医自筆) 印

住所 ○○○○

推薦者は、口腔インプラント学会専門医に限る。
専門医名を専門医の自筆で記入。
1名の専門医の推薦書が必要。

○○ ○○ 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、十分な知識と技能を有しているのをご推薦致します。

住所はパソコン入力・ゴム印・手書きどちらでも可。

本人の氏名はパソコン入力。

在職機関所属長の在籍証明書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自筆で記入。複数の医療機関の場合は、すべての在職機関の所属長の証明が必要。

(西暦) ○○ 年 ○○ 月 ○ 日

在職機関名 ○○○○○○
所在地 ○○○○○○

所属長名 ○○○○ (所属長自筆) 印

○○○○ 殿は、本医療機関に在職していることを証明いたします。

氏名はパソコン入力。
在籍期間もパソコン入力。

(西暦) ○年 ○ 月 ~ (西暦) ○ 年 ○ 月

在籍中の場合は
“○年○月 (在籍中)”
と記入すること。

推 薦 書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

日付はパソコン入力(西暦)。

(西暦) ○○ 年 ○○ 月 ○ 日

在職機関名 ○○○○○○

所在地 ○○○○○○

所属長名 ○○○○ (所属長自筆) 印

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自筆で記入。
複数の医療機関の場合は、すべての在職機関の所属長の証明が必要。

住所はパソコン入力・ゴム印・手書きどちらでも可。

○○ ○○ 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、十分な学識と技能を有しているのでここに推薦致します。

本人の氏名はパソコン入力。

推薦専門医と所属長の検印が必要

10号様式1～3 ※専門医の先生は内容を精査の上
(記載例)

症例報告書○		専門医検印	㊟	所属長検印	㊟
症例○		1957年6月生		男・女	50才
複数の部位に埋入し、書ききれない場合は症例の概要にわかり易くその旨を記載すること。		6・7番部		欠損形態	中間歯・遊離端 無歯顎・その他
		日	2000年11月22日	介助の有無	有・無
インプラント埋入手術	年月日	2002年6月4日		介助の有無	有・無
日付はすべて西暦で記入すること。		日	2002年10月24日	介助の有無	有・無
メンテナンス移行日	年月日	2002年10月24日		担当の有無	有・無
最終メンテナンス	年月日	2011年9月25日		担当の有無	有・無
主訴	歯肉からの出血・歯がなくて噛めない 見た目が悪い				
複数の部位に埋入しても、一口腔単位の管理を基本とするため1症例とする。 必ず最終補綴物装着から2年以上経過したメンテナンス症例を提出すること。 最終メンテナンスが最終補綴装着より2年以上経過していること。		肉出血と左側下顎臼歯部の欠損治療を完了した。歯周病が中等度に進行して最終メンテナンスは最新の日付改善後、左側下顎臼歯部の再手術、現在上部			
		担当した。インプラント体埋入手術に先行した歯周基 plaque control record(PCR)は46.7%であったが、再 浸潤麻酔下でのScalingとRoot Planingを中心に約			
検査 指導 介助 メンテナンス 口腔内管理 等について	1年間かけ歯周病治療を行い、プラークコントロールの確立と深い歯周ポケットの除去とを行った。 インプラント治療移行に際しインプラント治療の治療後も歯周病を含めた口腔管理の 実際に歯科衛生士として患者に行った処置、学んだことを1000字以内 (概要から考察まで)・枠内にまとめる。 2002年10月24日最終補綴後のブラッシング指導を行い、歯周病の管理の含めた3ヵ月毎のメンテナンスに移行した。				
考察 (経過良好と判断できる判定基準)	この症例を通し歯周病が中等度に進行していても歯周病治療を行い口腔内環境が整えば、インプラント治療が可能になる事がわかった。また歯周病治療を通じて患者との十分なコミュニケーションと信頼関係が出来た事により比較的スムーズにインプラント治療やメンテナンスに移行できた。今後も咬合の変化に注目すると共に歯周病を含めたメンテナンスを継続し口腔内環境を整えて行くことがインプラントを長期保存していくために必要不可欠であると考える。				

※フォントはMS明朝，11ポイントでパソコン入力して下さい。1,000字以内に収めて下さい。

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい。

10号様式1～3 ※専門医の先生は内容を精査したうえでご捺印ください
(記 載 例)

症例報告書○		専門医検印	Ⓜ	所属長検印	Ⓜ
症例○	1957年6月生		男・女	50才	
インプラント埋入部位	左側下顎 6・7番部		欠損形態	中間歯・遊離端 無歯顎・その他	
初診	年月日	2000年11月22日	介助の有無	有・無	
インプラント埋入手術	年月日	2002年6月4日	介助の有無	有・無	
最終補綴	年月日	2002年10月24日	介助の有無	有・無	
メンテナンス移行日	年月日	2002年10月24日	担当の有無	有・無	
最終メンテナンス	年月日	2011年9月25日	担当の有無	有・無	
主訴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯肉からの出血 ・ 歯がなくてかめない ・ 見た目が悪い 				
症例の概要	<p>歯肉出血と左側下顎臼歯部の欠損治療を主訴に来院した。歯周病が中等度に進行しており歯周基本治療を先行させた。歯周ポケットやプラークコントロールの改善後、左側下顎臼歯部に2本インプラント体の埋入手術を行い、術後約3ヵ月後に二次手術、その後1ヵ月目に上部構造を装着した。3ヵ月毎のメンテナンスを行い、現在上部構造装着後5年を経過し良好である。</p>				
治療に携わった内容	<p>初診時からメンテナンスまで担当した。インプラント体埋入手術に先行した歯周基本治療を開始した。初診時の Plaque control record(PCR)は46.7%であったが、再評価時には8.7%まで改善した。浸潤麻酔下での Scaling と Root Planing を中心に約1年間かけ歯周病治療を行い、プラークコントロールの確立と深い歯周ポケットの除去とを行った。</p> <p>インプラント治療移行に際しインプラント治療の治療後も歯周病を含めた口腔管理の必要性などを説明し同意を得た。2002年6月3日手術前のスケーリングと口腔内清掃、手術に際しての注意事項を説明した。2002年6月4日左側下顎臼歯部のインプラント埋入手術の介助を行った。</p> <p>手術室の準備から器具の滅菌消毒までを行い、第一助手と治癒後の口腔内管理を担当した。</p> <p>2002年10月24日最終補綴後のブラッシング指導を行い、歯周病の管理の含めた3ヵ月毎のメンテナンスに移行した。</p>				
考察 (経過良好と判断できる判定基準)	<p>この症例を通し歯周病が中等度に進行していても歯周病治療を行い口腔内環境を整えば、インプラント治療が可能になる事がわかった。また歯周病治療を通じて患者との十分なコミュニケーションと信頼関係が出来た事により比較的スムーズにインプラント治療やメンテナンスに移行できた。今後も咬合の変化に注目すると共に歯周病を含めたメンテナンスを継続し口腔内環境を整えて行くことがインプラントを長期保存していくために必要不可欠であると考える。</p>				

※フォントはMS明朝，11ポイントでパソコン入力して下さい。1,000字以内に収めて下さい。

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい。

症例写真（作成見本）

（注意事項）

1. インプラント治療を施行した部位がわかる術前の口腔内カラー写真であること。
正面観・左右側面観・上下顎咬合面観の5枚法とする。残存歯を含めた全歯マージン部の歯肉の状態が判別できる写真であること。ポンティックやプロビジョナルクラウンなどが装着されている写真は不可。インプラント埋入部位の歯肉粘膜が確認できる写真であること。残根など歯が残っている写真は不可。
2. 術前およびメンテナンス時（最終補綴物を装着して2年以上経過）のパノラマエックス線写真は白黒写真でも良いが、コントラストの良いもの。ピアス等の装着によって画像が不鮮明になっていないもの。CTデータやフィルムを使用する場合はトリミングに注意する。両側の顎関節が写っていることが原則です。
機種によっては顎関節が切れてしまう（写らない）場合には、使用機種名をエックス線写真に付記してください。
3. 術前のパノラマエックス線写真とは、インプラント治療部位に歯のない状態を指します（但し、抜歯即時埋入は除く）。歯のある場合は、当該部位の歯のないデンタルエックス線写真、またはCT等を添付して下さい。
4. インプラント治療を施行した部位の術後（最終補綴物を装着して2年以上経過）の口腔内カラー写真であること。正面観・左右側面観・上下顎咬合面観の5枚法とする。鏡像の場合は反転させて下さい。
5. メンテナンス時のパノラマエックス線写真および口腔内写真は、原則直近のものとしします。（原則直近とは最終メンテナンスから1年以内とする。）
6. 各写真には術前・メンテナンスの区別、正面・左右側面・上下顎咬合面の明示、および撮影年月日（西暦）をつける。

以上の注意事項に沿った写真をL版サイズ程度の大きさにし、光沢紙に直接印刷するか、L版写真をプリントアウトし貼り付ける。（普通紙に印刷やプリント・コピーした症例写真は不可）

※口腔以外（鼻や口唇）の部位が写っていない鮮明な写真とする。

※必要に応じて症例写真テンプレートをコピーし使用すること。

※申請時に症例報告書（1～3）を各1部、症例写真（1～3）を各1部ずつ用意し、提出する。

※申請時の症例報告書（1～3）、症例写真（1～3）について、それぞれ口腔インプラント専門医および所属長の検印が必要。

※口述試験時に症例報告書（1～3）を各3部、症例写真（1～3）を各3部ずつ用意し、試験当日持参する。

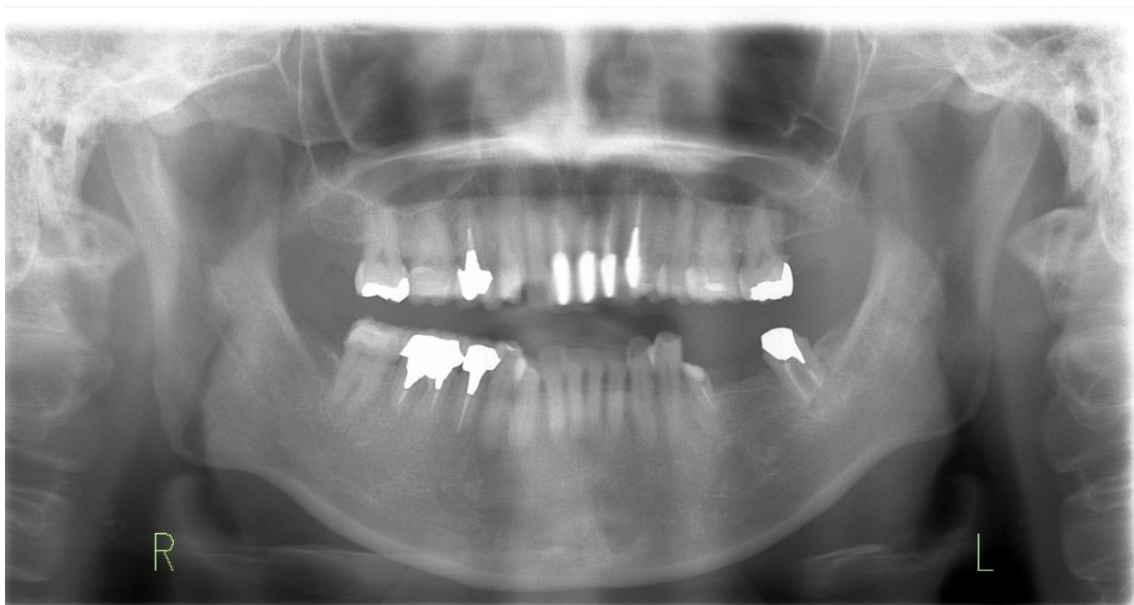
（口述試験の資料として試験委員用（3セット）とするため、口腔インプラント専門医および所属長の検印は不要。）

／ 症例ごとにホチキス等で束ねること。

症例○ 症例写真			
申請者氏名	○○ ○○		
専門医検印	①	所属長検印	①

※専門医の先生は内容を精査したうえでご捺印ください

▼ 術前（パノラマエックス線写真）



2010年10月2日

両側顎関節まで写った
パノラマエックス線写真
が必要
※パノラマ写真を部分的にトリ
ミングした写真は不可
※デンタル写真は不可
※撮影年月日（西暦）を記載

▼ 術前（口腔内写真①正面観）



2010年10月2日

▼ 術前（口腔内写真②左側面観）※ミラー像は反転させること



2010年10月2日

※撮影年月日（西暦）を記載

- ▼ 術前（口腔内写真③右側面観）※ミラー像は反転させること



2010年10月2日

- ▼ 術前（口腔内写真④上顎咬合面観）※ミラー像は反転させること



2010年10月2日

※撮影年月日（西暦）を記載

- ▼ 術前（口腔内写真⑤下顎咬合面観） ※ミラー像は反転させること



2010年10月2日

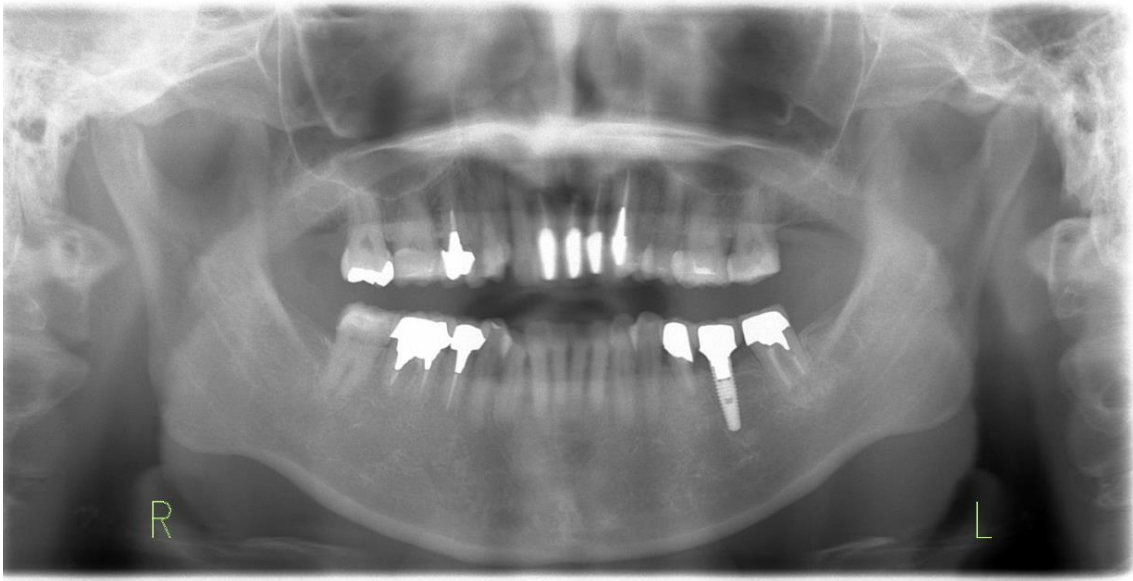
- ▼ 術前のパノラマエックス線写真以外の追加写真
(デンタルエックス線写真やC Tなど追加が必要であれば提出)

写真添付欄

年 月 日

※術前のパノラマエックス線写真で歯のない状態が確認できれば不要です。

▼ メインテナンス (パノラマエックス線写真)



2013年10月1日

両側顎関節まで写ったパノラマエックス線写真が条件
※パノラマ写真を部分的にトリミングした写真は不可
※デンタル写真は不可
※撮影年月日(西暦)を記載
※原則直近のもの

▼ メインテナンス (口腔内写真①正面観)



2013年10月1日

▼ メインテナンス（口腔内写真②左側面観）※ミラー像は反転させること



2013年10月1日

▼ メインテナンス（口腔内写真③右側面観）※ミラー像は反転させること



2013年10月1日

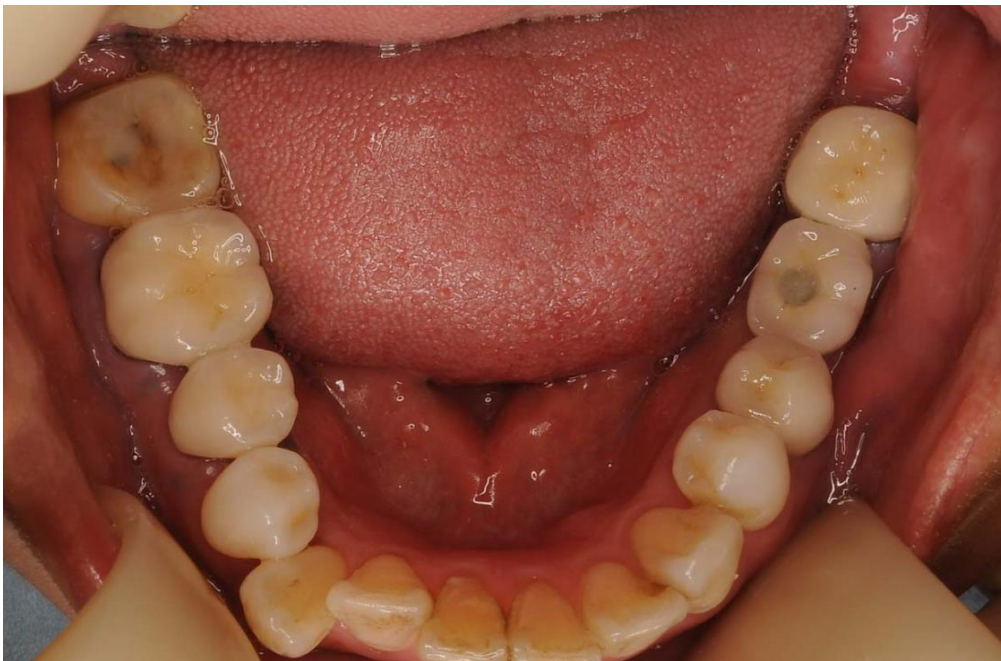
※撮影年月日（西暦）を記載

- ▼ メインテナンス（口腔内写真④上顎咬合面観）※ミラー像は反転させること



2013年10月1日

- ▼ メインテナンス（口腔内写真⑤下顎咬合面観）※ミラー像は反転させること



2013年10月1日

症例番号と、写真の日付（西暦）、メインテナンスの写真は、最終補綴物装着後2年以上経過した写真が必要。
メインテナンス時の口腔内管理状況が分かる写真が望ましい。
※原則直近のもの（最終メインテナンスから1年以内）