



昭和大学歯学部同窓会やまゆりの会 講演会

共催

2019年度第1回昭和大学歯学部同窓会 ポストグラデュエートセミナー

より美しくより健やかに！

よりよいエイジングへ Shape yourself！

—口腔から顔貌、全身までの機能(<力)と形態のリモデリング—

Let's remodel your body !!

【略歴】

1991年 日本歯科大学卒業

日本歯科大学矯正歯科医局入局

専門開業医勤務

2000年 フォレスト歯科矯正歯科開業

2001年 日本矯正歯科学会認定医取得

2004年 昭和大学歯学部矯正学教室研究生として入局

2014年 学位取得

2015年 第一回RIZAPボディメイクグランプリファイナリスト

パーソナルトレーニングジムTAIM開業

2016年 ベストボディジャパンさいたま大会クイーンの部出場5位入賞

2018年 日本矯正歯科学会専門医取得

講師 森田 明子先生

歯科医師

RIZAP ボディメイクグランプリファイナリスト



～講演内容～

昨今の医療動向の主流はアンチエイジングであり、ビューティー&ヘルスでしょう。ゆるやかにウェルエイジングへと導くこと、口腔内のみならず顔貌から全身までのバランスケアによる歪みのない美しさと健康へと導くことは、我々歯科医の使命であると思っております。歯科人として、崩壊への道を知らなければ治癒への道は辿れません。さらには崩壊しない個体へと導くことができたなら、「最小の侵襲で最大の効果を上げる」ことが適うのではないのでしょうか。

機能と形態のスパイラルを臨床的に実感し身を持って体感したとき、私の人生は大きくパラダイムシフトいたしました。

今回は、よりよいエイジングを成すために、自院でしていること、私が実践していることとお話させていただこうと思います。

拙い演者ですが、先生方の臨床のヒントやご自身の身体を見直すきっかけとなればうれしく思います。素敵な先生方とお話できる機会をいただきましたことを心より感謝いたします。

小児の口腔機能の発達評価と支援



講師 弘中 祥司 先生

昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門 教授

【略歴】

1994年 北海道大学歯学部歯学科卒業

2000年 北海道大学歯学部附属病院 助手(咬合系歯科)

2001年 昭和大学歯学部口腔衛生学 助手

2013年 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門 教授

昭和大学口腔ケアセンター長(併任)

昭和大学スペシャルニーズ歯科センター長(併任)

日程

2019年 6月30日(日)

講演会 13:00～15:00 (受付開始 12:30～)

懇親会 15:00～17:00

会場

昭和大学病院 入院棟B1F 臨床講堂(講演会)

17Fタワーレストラン昭和(懇親会)

～講演内容～

わが国の歯科医療において、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進がテーマに掲げられ、その中で新たに小児口腔機能管理加算が新設された。口腔機能の不全を認める小児患者、すなわち口腔機能発達不全症は今後増加することも予想される。本病名が発足してから1年経過した現在、低年齢児の口腔機能の向上が求められているが、その対応法や問題点について概説したいと思う。

受講費:無料・懇親会費:3000円 研修医2000円 学生無料

対象: 昭和大学歯学部同窓会会員関係者・昭和大学学生・スタッフの方もどうぞ

申し込み方法は裏面を参照ください。

FAX送付状

申込方法: 下記の申込書にご記入の上、
6月21日(金)までに FAX または HPからお申し込み下さい。

懇親会会費は当日徴収させていただきます。
(参加予定での当日キャンセルは 事後のお支払いをお願いしております。)

* 同窓会HP(<https://www.showa-d-dousou.jp/>)からも
申し込みいただけるようになりました。

(問い合わせ先)

昭和大学歯学部同窓会事務局

TEL (03)3784-8077

FAX (03)3784-4029

講演会・懇親会 申込書

- 講演会 13時から 昭和大学病院 入院棟 B1F 臨床講堂 (受講料 無料)
 懇親会 15時から 昭和大学病院 入院棟 17F タワーレストラン昭和 (懇親会費別途)

※参加される口にチェックをお願いします。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和大学歯学部同窓会会員関係者 懇親会費 3,000円
お名前		<input type="checkbox"/> 昭和大学歯科病院研修医 懇親会費 2,000円
		<input type="checkbox"/> 昭和大学歯学部学生(1~6年) 懇親会費 無料
	出身・卒業年度	大学 年度卒
ご住所	〒	TEL
	e-mail	FAX
送信日	月 日	

昭和大学歯学部同窓会事務局(03-3784-4029)までFAXして下さい。