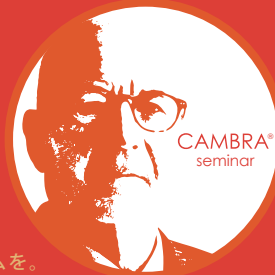


# CAMBRA® 定期管理予防セミナー 【What's CAMBRA® 編】

これからの予防歯科のスタンダード  
全米トップシェアのう蝕管理  
「キャンブラ」を学ぶ、導入する。



日本へ、地域へ、  
これからの  
歯科医療プログラムを。



**全米歯科大学65校中、40校が採用！  
世界基準のう蝕管理方法。**

CAMBRA®とは「Caries Management By Risk Assessment ~ リスク評価に基づくう蝕管理 ~」の略名で、予防歯科の発達するアメリカ、カリフォルニア大学サンフランシスコ校のフェザーストーン名誉教授が提唱するう蝕予防法です。う蝕は「う蝕を誘発する疾患指標とリスク因子からなる病態因子」と「う蝕を遠ざける防御因子」の2つのバランスによって発生します。

CAMBRA®はエビデンスに基き、過去のう蝕経験や唾液量等から個々人のう蝕リスクを評価し、それに応じたリスクを下げるための処置がすべてプロトコル化されています。全米でも広く普及しており、米国65校の歯科大学中、40校が教育プログラムとして導入。また2013年より全世界に向けて放送されているオンラインコースでは30カ国から8,000人が受講。これからの日本の予防歯科診療に欠かせない、世界基準のう蝕管理方法です。CAMBRA®の考え方やリスクアセスメントの基礎を学ぶ「What's CAMBRA® 編」とCAMBRA®を臨床に応用した「CAMBRA® 臨床編」、「CAMBRA® 診療フロー編」がございます。

## What's CAMBRA® 編

リスクとは何か？  
リスクマネジメントとは何か？  
CAMBRA®の理論を学ぶ。

2015年12月20日にフェザーストーン名誉教授が講演した日本初のCAMBRA®講演会と同等の内容を学ぶことができます。歯質の保存修復学の復習から、CAMBRA®の理論や概要を学んだ上で、実際のリスク評価と処置などの「基礎」を学びます。



### 概要

- う蝕管理におけるリスク評価とは
- う蝕リスク評価の根拠と活用法
- CAMBRA®のう蝕バランス
- リスク評価に基づくう蝕管理治療と再評価 他

# 8.4 Sun in 東京





CAMBRA®公認インストラクター

**竹下 玲**

明海大学保健医療学部 教授  
(兼) 歯学部社会健康科学講座口腔保健学分野 教授  
※都合により、講師が変更になる場合がございます。

講師

日程

**2019年8月4日(日) 10:00~16:00**

会場

**明海大学・朝日大学歯科医師生涯研修センター**  
東京都新宿区西新宿1-13-8 朝日新宿ビル9F

受講料

歯科医師 22,000円(税込)  
歯科医師以外 17,000円(税込)

定員

定員 40名

お問合せ

株式会社ヨシダ YKセミナー事務局 (担当: 村岡)  
東京都台東区上野7-6-9 TEL.03-3845-2931



What's CAMBRA® 編はUCSF (カリフォルニア大学サンフランシスコ校) のコースに準じた内容です。UCSFよりサティフィケートが授与されます (※申請者のみ / 別料金)

**Web** <http://www.yoshida-dental.co.jp>

- ①ヨシダホームページ「CAMBRA®」申込ページよりお申し込みください。
- ②受講料のお振込み確認後、正式受付とさせていただきます。
- ※ホームページからお申し込みをいただきますと受講料は10%off!

申込方法

**FAX** 下記申込書に必要事項をご記入のうえ、お申し込みください。  
**FAX.03-3841-8204**



**〈お申込書〉【What's CAMBRA®編】 2019.8.4 Sun 東京**

受講者氏名 ① 歯科医師 〇 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 〇 <input type="checkbox"/> その他 〇 <input type="checkbox"/> <small>※該当する職業に〇をつけてください。</small>	ご住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
受講人数 ② 歯科医師 〇 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 〇 <input type="checkbox"/> その他 〇 <input type="checkbox"/> <small>※該当する職業に〇をつけてください。</small>	TEL: ( ) FAX: ( )
③ 歯科医師 〇 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 〇 <input type="checkbox"/> その他 〇 <input type="checkbox"/> <small>※該当する職業に〇をつけてください。</small>	ご勤務先医院名
※通信欄	E-mail
	お取引先歯科ディーラー 担当者

※ご提供いただいた個人情報につきましては、弊社事業に関連する情報、製品に関する情報の提供等、弊社インターネットホームページに掲載した個人情報保護方針「利用目的」の範囲内で利用させていただきます。 N