

〈別添資料〉 **インプラント認定医用(暫定期間用) アナログ版**

症例に関する資料の作成基準および送付方法

1) 初診時

- (1) 口腔内写真：原則として正面像、左右側面像、口蓋面像、舌側面像の5枚以上が望ましい。
- (2) X線写真：デンタル10枚法あるいは14枚法が望ましい。

2) 症例中明らかに説明を必要とするもの（特殊なケース・処置内容・その背景など）は、症例中にコメントを記入するか術中の資料を添付してもよい。

3) メインテナンス時

- (1) 口腔内写真：原則として正面像、左右側面像、口蓋面像、舌側面像の5枚以上が望ましい。
- (2) X線写真：デンタル10枚法あるいは14枚法が望ましい。

4) 写真の大きさ、台紙など

- (1) 口腔内写真はL版が望ましい。コンピュータ印刷でも可とする。ただし、台紙につけること。
- (2) 口腔内写真は、左右側をポケット診査表およびX線写真の左右と一致させること。（原則としてミラー像は、裏焼きすること。）
- (3) X線写真は10枚（14枚）を原寸大以上に拡大してプリントするのが望ましい。
（審査員が審査しやすい大きさ） コンピュータ印刷でも可とする。
- (4) 写真は市販のアルバム（約32×30cm）にまとめ、表紙には自分の名を記す。
- (5) 見開きの左頁に初診時、右頁にメインテナンス時の写真を貼るのが望ましい。
- (6) 写真には最小限の説明を加えること。

【認定医申請料、登録料送金先】

郵便振替口座名：「日本臨床歯周病学会認定医係」

口座番号：00110-7-581283

申請料：2万円（申請時） 登録料：4万円（合格後登録時）

※ 振込用紙にはインプラント認定医申請料あるいはインプラント認定医登録料であることをご明記ください。

【送付方法】

- (1) 原則として「ゆうパック（書留）」または「宅急便」で各社の専用の袋を用いて送付すること。
- (2) 申請書類郵送先：〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9駒込TSビル3階
(財) 口腔保健協会内 日本臨床歯周病学会インプラント認定医委員会係
TEL 03-3947-8891

【注意事項】

- (1) 症例はインプラント認定医審査施行細則第4条1項に準じる。（但し、暫定期間は3症例とする）
- (2) 上記患者の病歴および治療経過の記録は規定通りの用紙に記入し、規定の口腔内写真とレントゲン写真を添えること。
- (3) 申請書や歯周組織検査表などの書類は角2（A4）サイズの封筒にまとめて入れること（表面に自分の名前を記すこと）。
- (4) 年月日については全て西暦で記入のこと。
- (5) 申請書類のデジタル書式が必要な方は学会事務局までご連絡ください。

しばらくの間は、アルバムによる提出とデジタルデータによる提出の両方で行っていく予定です。