受付番号と受付年月日は何も記入しないこと。

１号様式

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

年　　月　　日

氏名は自署、それ以外はすべてパソコン入力。
E-mail は必ず連絡が取れるアドレスを記載すること。

会員番号
ふりがな
氏名（自署）　　印

住所　〒
電話番号
E-mail
推薦者氏名（口腔インプラント専門医　自署）
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）学術大会参加記録、インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録
（会員マイページより該当ページの写し）
（７）口腔インプラント専門医の推薦書（４号様式）
（８）在職機関所属長の在籍証明書（５号様式）
（９）在職機関所属長の推薦書（６号様式）
（１０）症例報告書（７号様式）
（注1）氏名以外はパソコンを用いて記入すること

会員マイページ登録情報閲覧→大会参加情報より PDF を発行し、出力した写しを添付すること。

令和5年6月3日改正

２号様式

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

年　　月　　日

氏名（自署）　　印

私は、公益社団法人日本口腔インプラント学　　倫理規程に則り、口腔インプラント治療の介助又はメインテ　　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　　ことを誓います。また、インプラント専門歯科衛生士制度　　第13条の各号に該当する場合には、速やか　　科衛生士認定証を返却することを誓い

年月日はパソコン入力。
氏名は自署。

３号様式

履歴書（記入例）

顔写真
（カラー）
2.5cm×
3cm

ふりがな 氏　名	○○　○○（自筆）	男 ・ 女	（西暦）○○　　年　○　月　○　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			
年（西暦）	月	日	○○短期大学・△△歯科衛生士専 歯科衛生士登録（第○○○○○号
職			
2000 2010	4 4	1 1	東京都歯科医院 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 2009 2010	4 4 4	1 1 1	（社）日本口腔インプラント学会会員 （社）日本歯科衛生学会 ○○学会会員
賞　　罰			
			なし

すべてパソコン入力。
インプラント治療の介助又はメインテナンスに携わった医療機関をわかり易く記入。フリーランスの場合も同様。
５号様式の在籍証明書と日付が一致すること。

上記の通り相違ありません。

(西暦)　○○　年○　月○　日

氏名　○○　○○（自署）　印

本人の自署で。

４号様式

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）。

年　　月　　日

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署で記入。
１名の専門医の推薦書が必要。

専門医名（自署）　　印

住所

殿は、公益社団法人　　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　　なえ、十分な学識と技能を有してい　のでここに推薦致

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。

５号様式

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

年　　月　　日

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自署で記入。
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。

在職機関名
所在地

所属長名（自署）　　印

殿は、本医療機関に在籍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。

年　　月　～　　年　　月

在籍中の場合は
“〇年〇月（在籍中）”
と記入すること。

６号様式

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）。

年　　月　　日

在職機関名
所在地

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自署で記入。
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。

名（自署）　　印

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

７号様式１～３ **※専門医の先生は内容を精査した**

複数の部位に埋入した場合は症例の概要にその旨を記載すること。

		印	㊞	所属長検印	㊞
		年６月生		男・女	50 才
インプラント埋入部位	下顎左側　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		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
メインテナンス移行日	年月日	2002 年 10 月 24 日		担当の有無	有・無
最新メインテ	年月日	2011 年 9 月 25 日		担当の有無	有・無

日付はすべて西暦で記入すること。

	肉からの出血　　・歯がなくてかめない
	療を主訴に来院した．歯周病が中等度に進行して 周ポケットやプラークコントロールの改善後，左 の埋入手術を行い，術後約 3 か月後に二次手術， た．3 か月ごとのメインテナンスを行い，現在上 る．
治療に携わった内容 検査 指導 介助 メインテナンス 口腔内管理等について	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． 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 月 3 日手術前のスケーリングと口腔内清掃 2 年 6 月 4 日下顎左側臼歯部のインプラン 手 助手と治癒後の口腔内管理を担当した 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 か月ごとのメイ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イ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イ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．

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 年以上経過したメインテナンス症例を提出すること。
最新メイ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。

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。

※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．

７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**

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	下顎左側　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
メインテナンス移行日	年月日	2002 年 10 月 24 日	担当の有無	有・無
最新メインテナンス	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　　・歯がなくてかめない ・　見た目が悪い
症例の概要	歯肉出血と下顎左側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，下顎左側臼歯部に 2 本インプラント体の埋入手術を行い，術後約 3 か月後に二次手術，その後 1 か月目に上部構造を装着した．3 か月ごとのメインテナンスを行い，現在上部構造装着後 5 年を経過し良好である．
治療に携わった内容 検査 指導 介助 メインテナンス 口腔内管理 等について	初診時からメイ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． 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 日下顎左側臼歯部のインプラント埋入手術の介助を行った． 手術室の準備から器具の滅菌消毒まで行い，第一助手と治癒後の口腔内管理を担当した． 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 か月ごとのメイ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イ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イ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．

症例写真について　(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。

2. 術前およびメインテナンス時（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. メインテナンス時の口腔内写真は、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. メイ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ます。（原則直近とは最新メインテナンスから1年以内とする。）

6. 各写真には術前・メインテナンスの区別、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光沢紙に直接印刷する。**（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。
※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。