

『認定医更新のための症例報告』申請要領

1. 認定医更新のための業績として症例報告を選択される場合は、日本矯正歯科学会、各地区学会、日本臨床矯正歯科医学会の各学術大会にて『認定医更新のための症例報告』の審査を受けることが出来ます。審査を希望される学会への『演題申し込み』と日本矯正歯科学会事務局への『症例審査申し込み（一次審査資料の提出）』が必要となります。審査は、各学会毎に年1回のみとなります。
2. 更新期限の最終年度には、認定医委員会より該当者宛に『認定医の更新書類』を郵送いたします。所定の様式に従い更新申請をおこなってください。尚、『認定医更新のための症例報告』の審査に合格しても、規則第22条に該当する場合は認定医の資格を失うこととなりますのでご注意ください。
3. 更新までの5年間に所定の研修ポイントの取得が必要となりますので、認定医制度施行細則を参照して下さい。

認定医更新申請について、2008年9月認定医制度施行細則第12条が改訂され、展示発表における症例展示は認定医更新のための業績から除外されましたのでご注意ください。尚、2008年12月31日までに学会の認めた学術集会に於いて症例展示をされた方は更新業績として認める事と致します。2009年度以降に更新業績を作られる方は、細則第12条に従い報告を行ってください。

『認定医更新のための症例報告』一次、二次審査実施要項

【一次審査】

1. 申し込み：

審査を希望される学会への『演題申し込み』を行ってください。

認定医更新のための症例報告申請書類を日本矯正歯科学会ホームページ (<http://www.jos.gr.jp/>) よりダウンロードしてご利用下さい。

2. 提出書類：

審査希望の1症例につき、下記①～③の資料各3部を日本矯正歯科学会事務局宛に提出してください。

- ① 症例写真記録簿

本格矯正症例専用用紙（様式4-1-（1））：3部 または

早期治療症例専用用紙（様式4-1-（2））：3部

3部全て鮮明なカラー画像にて印刷されたもの。（画質も審査対象となります）

- ② 提出症例記録簿（様式4-2-（1））：3部 **※2ページありますのでご注意ください。**

- ③ セファロ分析表（様式4-3）：3部

3. 提出期限

認定委員会にて一次審査資料も採点を行いますので、申請される学会（日本矯正歯科学会、各地区学会、日本臨床矯正歯科医学会の各学術大会）開催の2週間前必着（提出期限厳守）にて日本矯正歯科学会事務局宛に郵送してください。

4. 提出症例の要件

提出される症例は、下記の条件を満たしていることが要件となります。

- ① 資料採取から保定に至るまでの過程を申請者自らが行ったものであること。

- ② 過去に矯正治療歴のない症例であること。

他院・他科からの動的矯正治療開始後の転院・転科・引き継ぎ症例、あるいは再治療症例などは認められま

せん。

- ① 動的矯正治療終了時において、永久歯（第二大臼歯を含む）の萌出が完了していること。
- ② 前回更新書類提出期限の2年前以降に動的矯正治療を終了し、保定資料採取日までに保定期間が2年以上経過した資料が整っていること。

動的治療終了日： 2007年更新者	2005年7月1日以降
2008年更新者	2006年7月1日以降
2009年更新者	2007年7月1日以降
2010年更新者	2008年7月1日以降
2011年更新者	2009年7月1日以降

- ⑤ 上下顎マルチブラケット装置にて治療していること。
- ⑥ 顎変形症手術症例，補綴処置を含む多数歯欠損症例などでないもの。

【二次審査】

1. 『認定医更新のための症例展示』

一次審査にて提出した1症例につき、模型と症例ファイルの作製を行い申請学会開催当日に持参してください。申請される地区学会の指示に従い症例展示を行っていただきます。
尚、日本矯正歯科学会事務局宛に症例の事前提出の必要はありません。

2. 症例審査および口頭試問

認定委員および審査委員による模型審査、症例ファイル審査および口頭試問（10分程度）を行います。

提出資料作製要領

治療ステージ毎に下記要領にて資料を作成してください。

模型に添付する識別カラーシールおよび側面セファログラムトレースは、下記の指定色を使用して下さい。

1) 第1期治療から開始した場合

- ① 第1期治療開始時（黒）
- ② 第1期治療終了時（橙）
- ③ 第2期治療開始時（青）
- ④ 第2期治療終了時（赤）
- ⑤ 保定中または保定後（緑）（保定期間は2年以上経過していること）

2) 本格治療から開始した場合

- ① 本格治療開始時（黒）
- ② 動的治療終了時（赤）
- ③ 保定中または保定後（緑）（保定期間は2年以上経過していること）

1) 平行模型（咬合器 Mounting 模型は不可）

- * 模型前面に治療ステージ識別のカラーシールを添付。
- * 各治療ステージ（治療開始時、治療終了時、保定時など）を明記。
- * 咬合状態がわかりにくい場合は、バイトチェック、バイトブロックを添える。

2) 症例ファイル作成要旨

- * A4版クリアファイル（黒）を使用。
- * ファイルの表紙には、下記項目を記入し添付する。

症例のタイトル, 発表者氏名, 所属

*資料は下記に従いA4版サイズにて作製しファイルしてください。

- (1) 提出症例記録簿 (様式4-2-(1)) : 一次審査にて提出したもののコピー
一次審査に提出した資料の内容差し替えは認められませんのでご注意ください。
ファイルの1ページ目と2ページ目にファイルして下さい。
- (2) セファロ分析表 (様式4-3) : 治療ステージ毎の計測値を記入。
一次審査に提出した資料の内容差し替えは認められませんのでご注意ください。
ファイルの3ページ目にファイルして下さい。
*ファイルの4ページ以降は、下記の(3)～(8)の項目毎に治療ステージに添ってファイルして下さい。
- (3) 顔面写真 (カラー版) : 正貌, 側貌, 可能であればスマイル
*第1期治療から開始した場合 :
第1期治療開始時 - 第1期治療終了時 - 第2期治療開始時 - 第2期治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*本格治療から開始した場合 :
本格治療開始時 - 動的治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*年齢と治療ステージを明記
*プライバシー保護のため、アイマスクを添付すること
- (4) 口腔内写真 (カラー版) : 右側面, 正面, 左側面, 上顎咬合面, 下顎咬合面
*第1期治療から開始した場合 :
第1期治療開始時 - 第1期治療終了時 - 第2期治療開始時 - 第2期治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*本格治療から開始した場合 :
本格治療開始時 - 動的治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*年齢と治療ステージを明記
- (5) パノラマX線写真 (または全顎デンタルX線写真)
*第1期治療から開始した場合 :
第1期治療開始時 - 第1期治療終了時 - 第2期治療開始時 - 第2期治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*本格治療から開始した場合 :
本格治療開始時 - 動的治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル
*年齢と治療ステージを明記
- (6) 側貌頭部X線規格写真とトレース
*治療ステージ毎の指定色にて、手書きでトレースを行って下さい。
*トレースはトレーシング用紙を使用し、X線写真にテープで貼り、写真とトレースは容易に分離できるようにする。
*デジタルレントゲンにて提出する場合は従来の頭部X線規格写真の倍率で、トレースの審査が容易にできるよう鮮明にプリントされていること。
*第1期治療から開始した場合 :
第1期治療開始時 - 第1期治療終了時 - 第2期治療開始時 - 第2期治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル

*本格治療から開始した場合：

本格治療開始時 - 動的治療終了時 - 保定中または保定後の順にファイル

*年齢と治療ステージを明記

(7) 側貌頭部X線規格写真トレースの重ね合わせ

*治療ステージ毎の指定色にて、手書きでトレースを行って下さい。

*全体、上顎、下顎の3つの重ね合わせを行うこと。

*第1期治療から開始した場合、第1期治療前後および第2期治療前後で重ね合わせを行うこと。

*重ね合わせの基準は全体 (SN at S)、上顎 (ANS-PNS at ANS)、下顎 (Mand. Plane at Me.) で行うこと。

(8) その他の資料

必要に応じて、治療経過写真、正面頭部X線規格写真およびトレース、顎関節X線写真、手指骨X線写真、模型分析、機能分析などを適宜添付する。

【注意事項】

*患者のプライバシー保護のため、顔面写真には目かくしをし、患者名の記載は行わない。

*提出していただく資料は、画質も審査対象となりますので、出来るだけ鮮明な画像にて提出してください。

*管理の都合上、資料は複製したものを提出される事をお勧めします。

(資料の紛失及び損傷の責任は負えません)

【審査結果通知】

認定委員会にて一次症例審査、二次症例審査および口頭試問につき総合判定をおこない、審査結果の通知をいたします。本審査に合格し、規則第7条、細則第10条により認定期限の最終年度に行われる更新審査の合格者には、認定医資格（更新）証が交付されます。

お問い合わせ：

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル

(財) 口腔保健協会内 日本矯正歯科学会事務局

TeI 03-3947-8891 Fax 03-3947-8341