

# 石原美樹先生に学ぶ 「超音波スケーラーを使って 臨床力をあげよう！」

歯周治療そしてメンテナンスにおいて超音波スケーラーはなくてはならない機材となっています。特に歯周治療においての歯石除去効率を求める声を多く耳にします。バリオスの新たなラインナップであるチタンハンドピースとG16チップを使用することで振動効率が向上したことにより硬い歯石もより簡単に除去できるようになりました。私自身臨床でこれらの機材を使用しており、多くの症例において歯科衛生士の負担が軽減されていると感じています。

今回のセミナーではチタンハンドピースを使用して体験いただけます。

超音波スケーラーを臨床でどのように使用することで根面に対して侵襲が少なく除去することができるか、またメンテナンスにおいてもポケット内をどのようにデブライドメントすることがポイントなのか、知識と技術とそれぞれお話していきたいと思



講師 石原 美樹先生

## ～セミナー内容～

午前

### 講義

- ・歯周治療の基本
- ・超音波スケーラーを知ろう
- ・超音波スケーラーSRPの活用
- ・超音波スケーラーSPTの活用

午後

### ナカニシバリオスを使っでの実習

- ・バリオスの説明
- ・うずら卵の実習
- ・人工歯石の実習
- ・シンプルマネキンを使用して実習
- ・ポジショニング・姿勢・動かし方の確認

日時

2025/3/30(日) 10時～16時

会場

倉敷駅北口前 株式会社リンケージ藤波研修センター L&F スクエア 4F (岡山県倉敷市寿町 4-4)

当日連絡先 090-7775-2473

※駐車場が手狭なため、出来るだけ公共交通機関をご利用ください。

定員

12名 ※定員になり次第、締め切らせて頂きますのでご了承ください。  
(最少開催人数:10名)

受講料

◆一般 ¥33,000 (消費税別・昼食代込) ◆セミナー会員医院 ¥29,700 (消費税別・昼食代込)

◇オブザーバー(院長先生) ¥5,000 (消費税別・昼食代込)

持参品

- ① バリオスチップ G16、P10、P20 各1本
- ② 歯石のついた抜去歯4～5本(何番でも構いませんが滅菌された状態)
- ③ 白衣(パンツスタイル、スカート不可、靴はヒールでないもの)、エプロン
- ④ グローブ、マスク
- ⑤ 必要な方はルーペ、フェースシールド
- ⑥ 筆記用具

## 講師略歴



講師 石原 美樹先生

### ■講師経歴

1989年 愛知学院歯科衛生士専門学校卒業  
同年 二村医院勤務  
1991年 医療法人 月星歯科クリニック勤務  
1993年 CE セミナー講師（ドクターコース）  
1997年 月星歯科クリニック退社  
フリーランスとなる  
2006年 名古屋歯科衛生士専門学校非常勤講師  
(現 名古屋歯科医師会附属歯科衛生士専門学校)  
2008年 スタディーグループ KOKO を設立  
2013年 CE セミナー衛生士コース講師  
2016年 株式会社 COCO Dent Medical 設立

### ■認定

日本歯周病学会認定歯科衛生士取得  
日本臨床歯周病学会認定歯科衛生士取得  
日本口腔インプラント学会認定歯科衛生士取得  
日本医療機器学会 第2種滅菌技師取得  
愛知県糖尿病指導療法士

### ■所属学会

日本歯周病学会  
日本臨床歯周病学会  
日本口腔インプラント学会  
日本医療機器学会

### お問合せ

株式会社リンケージ藤波 本社 TEL (086)420-0001 <http://www.f-linkage.com/> (詳細やお申込みに)

### お申込み

ホームページ、右記 QR コードまたは下記の受講申込書にご記入の上 FAX にてお申込ください。受講料については下記の口座に 2025 年 2 月末日までにお振り込みいただけますようお願い致します。また受講料の返金は致しかねますのでご了承ください。



《 お振り込み先 》

お振込先金融機関	口座番号	名義
中国銀行 倉敷駅前支店	普通 2107071	カ)リンケージフジナミ

\*誠に恐れ入りますが振込手数料はご負担ください。\* 振込控えをもって領収書に代えさせていただきます。

### 主催



株式会社 リンケージ藤波

本社 〒710-0026 岡山県倉敷市加須山 881-2  
広島営業所 〒730-0047 広島県広島市中区平野町 1-15

**FAX 086-428-8899**

※ ご記入いただいたお申込み情報は適切、厳重に管理いたします。

2025/3/30 (日) 石原美樹先生に学ぶ「超音波スケーラーを使って臨床力をあげよう！」		受講お申込書
歯科医院名	医院所在地 〒 -	
受講者お名前  (✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	医院 TEL ( ) -	
	お申込区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> セミナー会員医院	
オブザーバー (院長先生) お名前 ※ご出席の場合ご記入ください	当日交通手段 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車	