

Japanese Academy of Occeointegration
日本オッセオインテグレーションアカデミー
JAO インプラント認定医審査申込書

日本オッセオインテグレーションアカデミー会長 殿

日本オッセオインテグレーションアカデミーによるJAOインプラント認定医の資格を取得致したく、必要書類を添えて申請致します。

平成 年 月 日

氏名 _____ (印)

[必要書類]

- ① JAOインプラント認定医審査申込書 [1号様式]
- ② 履歴書 [2号様式]
- ③ 歯科医師免許証 (写)
- ④ 症例および手術報告書 (3症例) [3号様式]
- ⑤ 誓約書 [4号様式] (審査合格者のみ)

※誓約書 [4号様式] 及び認定医登録料は、審査合格後すみやかに提出・納付して下さい

履歴書

2号様式

ふりがな				例会参加ならびに各種発表のポイント			
氏名				内 容	ポイント	回 数	小 計
生年月日	年	月	日	男・女			
自 宅				JAO 関係			
住 所				・ JA0 在籍	2		
電話番号		FAX		・ JA0 通常例会参加	1		
E-mail				・ 特別講演会参加	5		
診 療 所				・ 特別例会（名古屋以外）	3		
住 所				JA0 以外			
電話番号		FAX		・ 学術集会への参加	1		
E-mail				・ 学会での日本語による発表	5		
学 歴 及 び 職 歴				・ 学会での外国語による発表	20		
年 月				・ 学術論文発表（日本語）	8		
年 月				・ 学術論文発表（英語）	30		
年 月				合計ポイント			
年 月				ポイント			
年 月				※JA0 以外でのポイントについては、参加・発表を証明する書類を添付して下さい。			
年 月				学会発表履歴			
年 月				年 月			
年 月				年 月			
年 月				年 月			
年 月				論文発表履歴			
年 月				年 月			
年 月				年 月			
年 月				年 月			
年 月				賞 罰			
年 月				年 月			
年 月				年 月			

症例および手術報告書

3号様式(例)

患者名 イニシャル	A.A.	年齢	40歳	性別	男・女
初診日	2000.4.1	手術日	<input checked="" type="checkbox"/> 第1次 <input checked="" type="checkbox"/> 第2次 2000.5.1	手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次
欠損部位	┌───┐ 567		埋入部位	┌───┐ ○○○ 567	
完了年月日	2000.9.1	経過年数	8年	予後	良好

インプラント治療の経過

〈診 断〉

- ・特記すべき全身的既往歴
- ・残存歯の状況（エンド・ペリオ）
- ・歯を失った理由、時期
- ・咬合様式
- ・口腔衛生管理能力（指導内容、成果）

〈治療計画〉

- ・使用インプラント、本数、サイズ、骨造成の有無
- ・手術の方法と時期（1回法、2回法）
- ・プロビジョナルレストレーション（実施時期、期間、材料）
- ・インプラント補綴物の維持方式（screw vs. cement）

〈インフォームドコンセント〉

- ・インフォームドコンセント形成のために説明した内容

〈術後の経過〉

- ・リコール状況、修理、再製、オッセオインテグレーションの安定

注意：各項目について記述するにあたり、見出しの下に掲げた事項に関する説明を含めて下さい。

症例および手術報告書

3号様式①

患者名 イニシャル		年齢	歳	性別	男・女
初診日		手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次	手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次
欠損部位			埋入部位		
完了年月日		経過年数		予後	

インプラント治療の経過

症例および手術報告書

3号様式②

患者名 イニシャル		年齢	歳	性別	男・女
初診日		手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次	手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次
欠損部位			埋入部位		
完了年月日		経過年数		予後	

インプラント治療の経過

症例および手術報告書

3号様式③

患者名 イニシャル		年齢	歳	性別	男・女
初診日		手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次	手術日	<input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次
欠損部位			埋入部位		
完了年月日		経過年数		予後	

インプラント治療の経過

誓約書

日本オッセオインテグレーションアカデミー会長 殿

私は、日本オッセオインテグレーションアカデミー会則規定に則り、インプラント治療を行うことを誓います。
また、JAO インプラント認定医規定第8条の各号に該当する場合には、速やかに認定医を返却することを誓います。

平成 年 月 日

氏名 _____ ④