

# 矯正の診査診断と治療計画立案セミナー

## Diagnosis and Treatment Planning 3-Day Orthodontic Course



講師: 河村 光輝 先生

1998年 愛知学院大学歯学部卒業  
2001年 東京歯科大学歯科矯正学講座研修課程修了  
2006年 矯正歯科専門医院「河村矯正歯科」開設  
(名古屋市中区)  
日本矯正歯科学会認定医、米国アングル学会正会員

質の高い矯正歯科治療の実行と達成には、『詳細な診査診断』と『綿密な治療計画立案』が必須です。治療ゴールを明確化することの重要性を実感でき、診断力の向上を体感できるよう工夫された、受講者が診査診断ツール「Dolphin Imaging」を使用して学び進む、体験型セミナーです。明日からの矯正臨床に活用できる、診査診断から治療予測作成までの一連の流れである「Dolphin Imaging を使用した治療計画立案システム」の習得を目標としております。



こんな方にオススメのセミナーです

- 1 矯正の診査診断を学びたい一般歯科医師
- 2 矯正医の治療ゴールを理解したい一般歯科医師
- 3 診査診断をこれから学びたい若手矯正医

全3回にすべて出席された先生のみ  
最終回にて、修了証書を授与いたします。



会場開催 Seminar

お申し込み締切日 2025年10月6日(月)



Dolphinのデモライセンス込み! 10月9日~2026年1月31日まで好きに活用いただけます。

全3回

| 回 | 日程                 | 内容                                                                                       |
|---|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2025年<br>10月 9日(木) | 矯正の診査診断、資料採取・セファロ分析値から現症診断する<br>Dolphin Imagingを使用した診査診断からVTO、Dental VTO治療予測作成までの一連の流れ   |
| 2 | 2025年<br>11月 6日(木) | 宿題チェック:セファロ分析値から現症診断する<br>VTO、Dental VTO の解説、作り方および活用法/Dolphin Imaging を使用した治療予測作成と症例提示  |
| 3 | 2025年<br>12月11日(木) | 宿題チェック: VTO、Dental VTO、治療予測作成<br>Dolphin Imaging を使用した治療計画立案システム/日常臨床でよく遭遇するII級不正咬合の治療戦略 |

※ 3回コースとなっておりますので単独回のみでの参加はできません。全日程10:00~16:30となります。

※ ワイヤペンディング等の手技が学べるセミナーではございません。

※ 毎回学習テーマのレクチャー・デモ・実習を行い、次回までの宿題を出させていただきます。

会場 ジーシーコーポレートセンター (東京都文京区本郷3-2-14)

受講料 150,000円(税抜 / テキスト・Dolphinデモライセンス・昼食含)

定員 20名(歯科医師対象)

持ち物 Windowsノートパソコン(Dolphinを使った実習がございます)

※ セミナー開催日前にリモートでDolphinデモライセンスをインストールいたします。



操作方法などサポートいたします!

この機会にDolphin Imagingの  
臨床実戦力を体感してください!

お申込みは Home page or FAX(0120-503-051) にて

お申込後、弊社3営業日経っても連絡がない場合には  
恐れ入りますが(TEL:0120-108-171)までご連絡ください。

2025/10/9~ 全3回 矯正の診査診断と治療計画立案セミナー(会場開催)

|                     |                 |                                                                                                                                          |           |
|---------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ご連絡先<br>(勤務先・自宅)    | 貴医院名            | フリガナ                                                                                                                                     | ご参加者お名前   |
|                     |                 | いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> その他 | お名前ローマ字表記 |
|                     | ご住所             | 〒 市 区 郡<br>都 府 道 県                                                                                                                       |           |
| e-mail<br>(携帯・パソコン) | TEL ( ) FAX ( ) | ※セミナー詳細をメール又はFAXにてお送りします。                                                                                                                |           |

●ご記入いただいた個人情報(メールアドレス含む)は当セミナーの運営、弊社の取扱商品並びに弊社他セミナー開催のご案内などに使用させていただきます。

株式会社  
ジーシー オルソリー

174-8585  
東京都板橋区蓮沼町76-1  
TEL:0120-108-171  
FAX:0120-503-051

ortholy\_mail@gc.dental  
www.gcortholy.com



ORTHOLY