**日本舌側矯正歯科学会（JLOA）**

**認定医申請の実施要領(2024年度)のご案内**

平素、日本舌側矯正歯科学会の運営と舌側矯正の進歩と発展のためにご尽力を賜りありがとうございます。

2024年度の日本舌側矯正歯科学会認定医新規申請についてご案内申し上げます。

**１．認定医新規申請の概要**

審査は１回のみおこない，審査を行った後に申請者への面接を行い，後日合否の判定を通知いたします。

**２．認定医新規申請のタイムスケジュール**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2024年６月　１日 |  | 申請受付開始 |
| ６月３０日 |  | 申請受付締め切り（当日消印有効） |
| ７月１８日  7月１９日―11月上旬 |  | 症例審査および口頭試問  症例審査合格者に対してホームページ倫理審査 |
| １１月２３日 |  | 合格者症例展示（於 第36回学術大会） |

**３．審査に提出する症例の概要**

　下記の課題症例５症例全ての呈示が必須です。

**【課題症例１】**

Class Ⅰ malocclusion大臼歯関係がClass Iで、下顎A.L.D.が -7.0mmを越える著しい叢生症例、もしくは上下顎**前**突症例。小臼歯４本抜歯症例。

**【課題症例２】**

ClassⅡ division 1 malocclusion（抜歯症例、下顎は非抜歯でも可）Overjet 6.0mm以上、大臼歯関係は明らかなClass Ⅱ（片側のみでも可）、U1 to SNが110.0°以上であり，かつANB 6.0°以上。

**【課題症例３】**

開咬（overbiteが−）もしくは、過蓋咬合（overjetが＋，かつoverbite 5.0 mm以上）のいずれかの垂直的異常を伴う不正咬合で,抜歯、非抜歯は問わない。

**【課題症例４】**

反対咬合症例（下顎前歯２〜２の内３歯以上が反対被蓋であること）。アングル分類、抜歯、非抜歯は問わない。

**【課題症例５】**

カテゴリーは問わないが矯正歯科医としての力量を示す症例。

* 課題症例はすべて保定**１**年以上の経過資料が必要である。
* 課題症例１～５の内、１症例に限りハーフリンガルでも許容される。
* 課題症例１～５の内、１症例に限り外科矯正治療の症例も許容される。

治療途中の口腔内写真は**、**少なくとも２ステップ（レベリング、トルクの確立、空隙閉鎖、フィニッシング等）以上の写真**が**必要である。なお，撤去日に近い時期の写真があると望ましい。

* 申請について疑問や質問がある場合は、日本舌側矯正歯科学会事務局（[JLOA@shunkosha.com](mailto:JLOA@shunkosha.com)）にお問い合わせください。

**症例審査実施要領**

1. **審査と口頭試問の流れと会場について**

日　時　：　**２０２４年７月１８日（木）**

会　場　：　AP品川アネックス（https://www.tc-forum.co.jp/ap-shinagawaanex/）

☆会場は都合により変更になる場合があります。変更に際しては事務局よりご連絡致します。

A) 受付　　　　　　　　　　　　　 **９時３０分～**

・本人が確認できる写真付きの証明書（運転免許証またはパスポートなど）をご準備ください。

B) 症例搬入、展示　　　　　　　**９時３０分～１０時００分**

・指定された机に症例のファイルと模型をご自身で並べていただきます。

C) 症例審査　　　　　　　　　　**１０時１０分～１４時００分**

・JLOA認定医委員が症例の審査を行います。この間、ご本人は一端退席、外出していただき口頭試問の時には戻ってきていただきます。

D) 症例に対する口頭試問　　**１４時００分～１６時００分**

・一人につき１０〜１５分程度を予定しています。

E) 症例資料の搬出　　　　　　**１６時００分～１７時００分**

・症例資料はなるべく当日ご持参頂くようにお願いいたします。

・やむを得ず配送するとき際には、ＪＬＯＡ事務局宛に**７月１２日（金）必着**でお願いいたします。

1. **提出審査用資料について**

審査には課題症例５症例に対する以下の資料を提出していただきます。

１）５症例の概要の書類

２）症例ファイル　（A4版クリアファイルを使用）

ファイルの1～2ページ目に審査用資料（本会ホームページ　http://www.jloa.org/d/doctor/format/）から症例展示用フォーマット2種類「症例展示の要旨」と「症例写真記録簿」をダウンロードして資料を作成してください。自らフォーマットを改変する事はお止めください。審査はブラインドで行いますので氏名と所属欄は記載しないようにしてください．

なお、各項目の記載は詳しく、空白ができない様しっかりと記述してください。  
ファイルの3ページ目から各時点の顔面、口腔内写真、各レントゲンフィルムなどを以下の順で綴じてください。

1. 初診時（または治療開始時）顔面写真、動的治療終了時顔面写真、動的治療終了後1年以上時顔面写真
2. 初診時（または治療開始時）口腔内写真、動的治療終了時口腔内写真、動的治療終了後1年以上時口腔内写真
3. 初診時（または治療開始時）レントゲンフィルム、動的治療終了時レントゲンフィルム、動的治療終了後1年以上時レントゲンフィルム  
   ・パノラマＸ線写真（上下顎前歯の歯根吸収の有無を確認できるものとし、必要に応じて上下顎前歯のデンタルＸ線写真を添える）または全顎デンタルＸ線写真
4. 側面頭部Ｘ線規格写真およびトレース  
   ■トレースはトレ−シング用紙を使用し、レントゲンフィルムに必ずテープで貼り、フィルム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の場合は、原寸大の鮮明なプリントでも良い。  
   ■術前は黒、動的治療終了時は赤、動的治療終了後**1年**以上時は緑の0.5mmシャープペンシルを用いて手書きでトレースする。デジタルセファロのペンタブレットによるトレースも可。  
   ■デジタルレントゲンの場合は、原寸大の鮮明なプリントでも良い。
5. 側面頭部Ｘ線規格写真トレース重ね合わせ  
   ■重ね合わせは白紙を用い、術前は黒、動的治療終了時は赤、動的治療終了後1年以上時は緑の0.3mmのドローイングペンを使用する。  
   ■トレースは解剖学的に重要な硬・軟組織形態を手書きで正確に描く。デジタルセファロのペンタブレットによるトレースも可。
6. ■全体的(S-N at S)、上顎（Palatal plane at ANS）、下顎（Mandibular plane at Menton）の3つの重ね合わせを行い、基準線と基準点を明示する。基準線は S-N、ANS-PNS（palatal plane）、Mentonと下顎下縁の接線（Mandibular plane）とする。拡大，縮小は不可。
7. 動的治療中の口腔内写真の経過資料を少なくとも２ステージ以上を提示する必要がある。
8. 必要に応じて、正面頭部Ｘ線規格写真、顎関節Ｘ線写真、機能分析、口唇リラックス時、口唇閉鎖時、スマイル時それぞれの正貌・側貌・斜めの顔面写真などその他の資料の追加を認める。
9. セファロ分析記入用紙（本会ホームページ　http://www.jloa.org/d/doctor/format/からダウンロードしたものを使用してください）

３）平行模型（本模型から複製された石膏模型とし、マウント模型，3Dプリント模型は不可）

模型前面に術前は黒、動的治療終了時は赤、動的治療終了後1年以上時は緑のカラーシールを貼る。後面には課題症例番号、印象日および年齢を記入したラベルを貼付する。

■その他注意事項

* ファイルの表紙には、受付番号（学会事務局より通知）、課題症例番号、症例のタイトルを明記したシールを貼付する（本会ホームページ　http://www.jloa.org/d/doctor/format/からダウンロードしたものを使用してください）。
* 顔面・口腔内写真、各レントゲンフィルム、トレース、模型などの資料には、年齢、性別、資料採得日と治療段階（術前、動的治療開始、動的治療終了など）を明記する。（模型には受付番号と課題症例番号も明記する）
* 患者のプライバシー保護のために顔面写真には目隠し等すること。
* 模型やレントゲンフィルムの患者名は必ず隠すこと。
* ファイル内の資料、レントゲンフィルムには申請者名や所属名、患者名が特定できるような記載が無いように注意する。
* 保定期間は、資料採得日の日付の実日数で計算し、厳密に1年以上とする。
* 何らかの理由により、提出資料が揃わない場合には、事務局までお問い合わせください。

■ 本書類の内容および申請に関する諸書類は本会ホームページに掲載してありますので、申請にあたってはダウンロードしてください。（http://www.jloa.org/d/doctor/active/）

■ 症例審査を通過されましても，その後のホームページ倫理審査を通過されないと合格とはなりませんのでご注意ください。

【お問い合わせ先(事務局)】

〒169-0072　東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル9F　株式会社春恒社　学会事業部内

日本舌側矯正歯科学会事務局　日本舌側矯正歯科学会　認定医委員会

電話；03-5291-6231　　FAX；03-5291-2176　　mail；[JLOA@shunkosha.com](mailto:JLOA@shunkosha.com)

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 | 第　　　　　　号 |
| ※受付年月日 | ２０２４年　　月 　日 |

様式１-AM

この欄は記入しないで下さい．

２０２４年度日本舌側矯正歯科学会　認定医申請書

日本舌側矯正歯科学会会長　殿

私は日本舌側矯正歯科学会の認定医制度にかかわる認定医の認定を受けたく、以下の必要書類および手数料を添えて申請します．

（フリガナ） 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

必要書類：確認のしるしとして提出書類の左□内に（レ）を記入してください．

□ 1．認定医申請書 （様式１-AM）

□ 2．履歴書 （様式２-AM）

□ 3．審査に提出する５症例の概要 （様式３-AM）

□ 4．審診療記録使用に関する同意書（５症例分必要です）（様式４-AM）

□ 5．自己治療症例・患者個人情報誓約書 （様式５-AM）

□ 6．HP 倫理一次審査セルフチェックシート（様式６-AM）

□ 7．上記申請書類（1.〜6.のコピー２部：原本１部とそのコピー２部の合計３部）

□ 8．歯科医師免許証の写し（3部）

□ 9．舌側矯正治療に関して自らが報告、発表したことを証明する刊行物または

　　　資料の２件のコピー（3部）

□ 10．申請料20,000円の振込を証明する書類のコピー （1部）

□ 11．返信用宛名ラベル（返信先を記した粘着ラベルを4枚、ラベルの大きさは任意）

□ 12．１次審査用資料を各３部（本会ホームページ　http://www.jloa.org/d/doctor/format/　から症例展示用フォーマット2種類「症例展示の要旨と症例写真記録簿」をダウンロードして資料を作成して下さい。自らフォーマットを改変する事はお止め下さい。審査はブラインドで行いますので氏名と所属欄は記載しないようにしてください．

注意 上記必要書類を下記の要領を守って郵送して下さい。

提出期限　**2024年6月1日 〜　30日　消印有効**

提 出 先　〒169-0072　東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル9F

株式会社春恒社　学会事業部内

　　　　　日本舌側矯正歯科学会事務局　認定医委員会

申請料振込先　三菱東京UFJ銀行　六本木支店（045）普通　0357103

　　　　　　　日本舌側矯正歯科学会　認定医委員会　会計相澤一郎

様式２-AM

履　歴　書

２０２４年　　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | 印 |
| 生年月日  年齢  性別 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　　歳）  （西暦　　　　　年） | | 男 ・ 女 |
| 自宅住所 |  | 〒　　　　　　　　　　　　℡ |  |
|  |
| 所属医療機関名 |  | | |
| 同上所在地 |  | 〒　　　　　　　　　　　　℡ |  |
|  |
| 学歴  および  職歴 |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 歯科医師免許証 | 第　　　　　　　　　　号  　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 取得 | | |
| 日本舌側矯正  歯　科　学　会  会員歴 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　〜　現在  （　　　　　年　　　カ月間） | | |

（注）・学歴は大学または専門学校卒業以降を記入すること

　　　・申請にあたって本会の会員歴は、引き続き３年以上であることを要します。

　　　・申請にあたって本会年会費が滞納していないことが必要です。

様式３-AM

**審査に提出する症例の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課題症例番号 | 症例の分類（特徴） | フリガナ  患者氏名 | 性別 | 動的治療  開始年齢 | 抜歯部位 | 使用装置  治療術式 | 動的治療  期間 | 保定期間  ※ |
| １ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ２ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ３ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ４ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ５ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |

**審査に提出する症例の概要（記入例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課題症例番号 | 症例の分類（特徴） | フリガナ  患者氏名 | 性別 | 動的治療  開始年齢 | 抜歯部位 | 使用装置  治療術式 | 動的治療  期間 | 保定期間  ※ |
| 1 | 上下顎前突を伴うアングルI級症例 | きょうせい　たろう  矯正　太郎 | 男  女 | 24 y2 m | ４｜４  ４｜４ | Ormco社製Kurz  ブラケットによるマルチブラケット装置 | 2 y 3 m | 2 y 6 m |
| ２ | 上顎前突と前歯部開咬を伴うアングルII級１類症例 | やまだ　はなこ  山田　花子 | 男  女 | 28 y5 m | ４｜４  ５｜５ | Ormco社製STB  ブラケットによるマルチブラケット装置 | 2 y 10 m | 2 y 3 m |
| ３ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ４ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |
| ５ |  |  | 男  女 | y m |  |  | y m | y m |

様式4-AM

一般社団法人

日本舌側矯正歯科学会理事長殿

診療記録使用に関する同意書

　私は，日本舌側矯正歯科学会に対し，　　　　　　　　　　歯科医師が，認定医資格申請および学術会誌論文投稿に際し，同歯科医師が診療記録写真，レントゲン等の資料を使用することに同意します．

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

（患者）　住　所

署　名

様式5-AM

**誓 約 書**

２０２４年 　　月 　　日

日本舌側矯正歯科学会会長　殿

**自己が治療した症例であることの誓約**

　この度、私は日本舌側矯正歯科学会認定医資格申請のために提出した全ての症例について、自己治療症例（主たる術者が私本人）であることを誓います。

申請者氏名： 　　　　　　　　　　　印

**患者の個人情報の保護について**

　私が症例の提出するにあたって、事前に患者の了解を得ることとし、患者の個人情報の漏洩、滅失、およびき損の防止のために、提出資料に必要かつ適切な措置を取ることを誓います。

申請者氏名： 　　　　　　　　　　　印

生年月日： 　昭和 　 年 　 月 　 日

現 住 所：

所　　　属：

上記の誓約に違反した場合、認定医の認定が取り消されることがあります。

様式６-AM

HP倫理審査一次セルフチェックシート

**【重要なポイント】（必ずお読み下さい）**

1. 本セルフチェックは、「日本矯正歯科学会ホームページ倫理審査指針」https://www.jos.gr.jp/member/asset/web\_ethics\_review2020\_guideline-8.pdfをお読みいただいた上でご記入下さい。
2. 本セルフチェックの目的は、厚労省医療広告ガイドライン<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209841.pdf>を理解して頂く一助として行うものです。ホームページ業者や事務員に一任することなく、必ずご自身でお読みいただき、理解するよう努めて下さい。
3. ホームページ倫理審査指針をお読みにならず、「掲載していない」にチェックする事例が散見されます。明らかにお読みになっていない場合や虚偽の申告と判断される場合は、倫理性に問題ありと判断され、倫理審査不合格となる場合がありますのでご注意下さい。
4. 「先生のお名前」+「矯正歯科」等のキーワードで検索した結果を基本として審査業務を行なっています。自身の診療所のみならず非常勤勤務している診療所など関連するすべてのホームページ、リンク先、ブログ、メルマガ、患者の求めに応じて送付するパンフレット等についてご確認下さい。
5. 抵触事項を一時的に非表示とし、審査後に戻す事例も散見されます。そのような場合は悪質性が高いとみなし、倫理規程誓約書に違反するものとして倫理審査・懲戒規則が適用され倫理審査に付される場合がありますので、ご注意下さい。

6) 本学会の1次審査ですべての抵触事項を指摘できない場合もあります。そのため、本審査に合格した場合でも、医療機関ネットパトロール等より指摘を受けることがあります。1次審査で指摘された部分のみ修正すれば良いと言うものではなく、ホームページ全体について必ずご自身でご確認下さい。また2次審査以降では、詳細に確認致しますので、指摘事項が増える場合があることをご理解下さい。

重要：JLOA新規認定医申請、JLOA認定医更新　必須書類

**提出日：西暦　　　年　　　月　　　日**

**受付No.** ※事務局記載

**名前：**

以下のチェック項目をもれなくご確認いただき、レ点チェックを記入後、**左隅をホッチキスで止めて、合計３部を日本舌側矯正歯科学会事務局まで返送して下さい。**

以下に今回のホームページ倫理審査に該当するすべてのWebサイトのURLを記載して下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【1次セルフチェック項目】

以下の項目にチェックを入れて下さい。

1. 限定解除要件について

□限定解除要件を満たしている、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　）

1. 臨床指導医（旧専門医）、認定医、指導医の記載について

□掲載していない、□要件を満たして、強調することなく記載している、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 最新、最先端、最良、最高などの表現について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 痛みがない、治療期間が短い、〇％は抜歯をしない、不定愁訴が治る、治療効果等の表現に

ついて

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. プチ矯正、ブライダル矯正、スピード矯正などの表現について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 「症例数○○例の経験」などの表現について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 略歴、講習会の受講歴等の掲載について

□掲載していない、□要件を満たして記載している、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 講習会の受講証、認定医等のCertificate等の掲載について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. インビザライン○○ドクター、インコグニート認定ドクターなど

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 体験談や口コミ情報等について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. テレビ、雑誌で取り上げられました等の掲載について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

重要：JLOA新規認定医申請、JLOA認定医更新　必須書類

1. 治療前後の写真等の掲載について

□掲載していない、□要件を満たして掲載、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 「指定自立支援医療機関」「顎口腔機能診断施設」「日本矯正歯科学会臨床研修施設」など

□掲載していない、□要件を満たして掲載、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. ○〇歯科医院○○センター、○○研究所併設等の記載について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 無料相談／無料検査について

　a.無料相談について

□掲載していない、□要件を満たして掲載、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

b.無料検査について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. キャンペーン、今だけ〇％オフ、今なら○○をプレゼントなどの表記について

□掲載していない、□修正中、□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 個別の装置、治療法、材料等の名称の表記について

□掲載していない、□要件を満たして掲載、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 未承認医薬品、医療機器を用いた治療について

□掲載していない、□要件を満たして掲載、□修正中、

□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 別添の「HPへの記載が禁止されている事項例」について

□掲載していない、□修正中、  
□（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. その他

上記チェック項目にはありませんが、自主的に修正、削除した内容について記載して下さい。

【最後に】

ご自身の名前や診療所名で検索して見て下さい。知らぬ間に勝手に掲載されていたり、  
不当な口コミサイトを見つけたりした場合は、以下にURLを記載して下さい。

以上です。矯正歯科医のモラル、地位向上にご協力頂き、心より感謝申し上げます。

HPへの記載が禁止されている事項例

1)体験談の掲載

「患者さんの体験談の掲載」はNGです。

2)最高級表現

「日本一」「No.１」「最高」「ベストな」といったワードがNGであるのみならず、「日本有数の実績を有する…」、「トップクラス」といった最高級類似表現もNGとなります。

3)他よりベター表現

　例）「他の治療法とは違い・・・」はNGです。

4)安さの強調

「今なら○○円」はNGです。  
　例）「無料キャンペーン実施中！」「しかも今なら⇒○○万円OFF」はNGです。  
5)「絶対安全」、「比較的安全」

6)あらゆるメディアで紹介された旨の記載

　例）雑誌や新聞で紹介された旨の記載はNGです。

7)学会発表、著書など個人の業績の記載

8)専門家の説話、芸能人・著名人の来院

　a)専門家の説話の引用は不可  
　b)芸能人、著名人の来院は事実であっても不可

9)治療結果の保証

　例1）「必ず治る」「確実に、、、」  
　例2）E-lineに治せる！

10)審美的表現

　例）矯正治療でセクシーな口元を演出  
　例）アンチエイジング、審美歯科

　例）全身健康美

11)比較表現NG

　例）人気の、川崎で一番の

12)安全、無痛、NG

13)無料診断（キャッチフレーズに使うなどの強調は不可）

14)「矯正専門医」や「専門医」という記載方法  
　「担当医」という表現が妥当です。

　　また、「○○学会認定医」、「○○学会専門医」という記載は本来掲載できません。  
　略歴の中で強調すること無く自然な流れでの記載にとどめること。

15) ◯日で治療が終了する！

　全ての工程が完了して初めて治療完了と言えるので、通院や経過観察が必要な場合はその旨を明記しなければ虚偽。

16)医師の略歴

　例）研修医時代はNG、学会は役員クラスでないとNG。

　　 学会でないスタディークラブに関する経歴はNG。

**タイトル用紙**

課題症例番号1〜５は症例の概要に一致させ、症例のタイトルは各自で記入して下さい。

本紙を切断してA4クリアファイルの表紙に貼付して下さい。

--------------------------------切り取り----------------------------------

受付番号

**-**

課題症例番号

**１**

症例のタイトル

--------------------------------切り取り----------------------------------

受付番号

**-**

課題症例番号

**２**

症例のタイトル

--------------------------------切り取り----------------------------------

受付番号

**-**

課題症例番号

**３**

症例のタイトル

--------------------------------切り取り----------------------------------

* -------------------------------切り取り----------------------------------

受付番号

**-**

課題症例番号

**４**

症例のタイトル

--------------------------------切り取り----------------------------------

受付番号

**-**

課題症例番号

**５**

症例のタイトル

--------------------------------切り取り----------------------------------