

# TRANSCLEAR System

## トランスクリア 導入コース



本セミナーではTRANSCLEAR® System の概要、基本的な使用方法の説明に加え、適切な診査・診断と症例選択、装置特有の歯の移動様式や各種アタッチメントの応用など、マウスピース型矯正装置による治療を成功に導くためのポイントを紹介いたします。

### マウスピース矯正を成功させる3つのポイント

**① 適応症例の選び方**

適応症例 (適合)

非適応症例 (不適)

**② 診査とカウンセリング**

**③ トラブル時の対処方法**

ブライヤーによるアライナーの調整方法

### WEB開催Seminar

好きなだけ! 何度でも!! 繰り返し!!!  
期間中、お好きな時に視聴可能!

2024年 12月23日(月)9:30~2025年 1月17日(金)23:59

お申し込み締切日 2025年1月9日(木)

2025年 2月17日(月)9:30~2025年 3月14日(金)23:59

お申し込み締切日 2025年3月6日(木)



講師 高橋 正光 先生

講師略歴

1989年 日本大学松戸歯学部 卒業  
1994年 同大学院、歯科矯正学 修了  
1995年 高橋歯科矯正歯科 開業 (東京都足立区)  
日本矯正歯科学会 認定医  
日本成人矯正歯科学会認定医  
スタディーグループ『オルソ2001』を主宰



受講料 20,000円(税抜/テキスト含)

動画配信は、配信プラットフォーム(Deliveru)を使用します。  
推奨環境は、下記アドレスよりご確認ください  
<https://deliveru.jp/faq/#Q7>



※WEB開催のため、お申し込み時にメールアドレスは必ずご記入ください。

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。

ご希望のセミナーに <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。		<input type="checkbox"/> 12/23~WEBオンデマンドセミナー		<input type="checkbox"/> 2/17~WEBオンデマンドセミナー	
ご連絡先 (勤務先・自宅)	貴医院名	フリガナ	ご参加者お名前		
	ご住所	〒 ( ) 市 ( ) 区 ( ) 都府 道 県	お名前ローマ字表記		
e-mail (携帯・パソコン)	TEL ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		FAX ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
※ メールアドレスを必ずご記入ください。					

●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、弊社の取扱い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



トランスクリア

# TRANSCLEARシステムのご案内

マウスピース型矯正システム TRANSCLEAR とは？

形状の異なる透明のマウスピースを装着し、  
3週間ごとに交換して歯列矯正をする装置です



管理医療機器番号：222AABZX00170000  
歯科矯正用レジン材料

歯列設計をパソコン上で確認できるので、  
コンサルテーションにも活用頂けます



前歯部の歯列矯正のほか、限局的な補綴処置前のアライメントにもご使用いただけます

症例提供：高輪歯科 DCC&DSS 加藤 正治先生

活用法1 正中離開の空隙閉鎖に



術前



術中



術後

(上顎約6ヶ月、下顎約5ヶ月)

活用法2 補綴処置前のアライメントに



術前



術中



術後

(上顎約6ヶ月、下顎約5ヶ月)

## TRANSCLEAR システムの流れ

DENTAL



①WEB上で患者情報・  
技工指示を入力して  
いただきます。

DENTAL CLINIC



②症例提出BOXにて、  
患者様の必要な資料を  
送付して頂きます。

ORTHORY



③3Dのセットアップ  
データ（治療目標と  
各ステージデータ）が  
WEB上にアップ  
されます。

DENTAL CLINIC



④歯科医院様がWEB  
上でデータを**確認し**  
アライナー作成の**承認**  
を行います。

ORTHORY



⑤作成したアライナー  
を歯科医院様に**発送**  
します。

DENTAL CLINIC



⑥患者様にアライナー  
を装着頂き、**治療を進**  
めていきます。