

筋機能矯正治療計画書

患者名: **患者名**

生年月日: **〇〇年 〇月 〇日**

年齢: **〇歳**

患者/保護者の主訴:

- **歯の叢生**

矯正評価診断:

歯並び:

- **上顎の前歯の叢生、上顎の犬歯が生えるスペースの不足**
- **下顎の前歯の重度叢生、下顎の犬歯が生えるスペースの不足**

アーチフォーム:

- **歯列が上下ともに平坦で狭く、両顎の成長不足を示唆**

咬合:

- **完全な過蓋咬合（上下前歯の垂直的な重なり）**
- **II級2類**

顔貌の発育:

- **上下の顎が後退しているため、顔が水平方向ではなく、垂直的な成長**

原因

呼吸と姿勢:

- **診断時は鼻呼吸をしていたが、顔の垂直的成長により、断続的に口呼吸をしていることが考えられます。**
- **頭と肩がやや前方に位置していることから典型的な断続的口呼吸と考えられます。**

舌:

- **間違った舌の位置が顎の劣成長を引き起こし、特に前歯の部分に影響を与えています。**

嚥下:

- **重度の逆嚥下（飲み込む際の下唇とその周辺の筋肉の収縮）により、上顎と下顎の適切な発達が制限され、その結果、完全な過蓋咬合、前歯部分の叢生、永久犬歯が生えるのためのスペース不足となっています。**

口唇:

- **安静時に口唇が閉じられています。**

イニシャル: _____

X線所見：

レントゲン：

- すべての永久歯が確認でき、残りの永久歯が生えるまで数か月に差し迫っているため、早急な治療開始が必要であることを示唆しています。

セファログラム：

- 上顎と下顎が後退し、過蓋咬合を示唆しています。

TMJ 所見：

頭痛歴： * なし

歯ぎしり： * 時々

筋肉と顎関節の触診： [軽度/中程度/重度] * 中程度 - 通常過蓋咬合に関連します。

患者名の診断まとめと提案される治療

患者名は、前歯に叢生があり、永久犬歯が正しい位置に生えるための十分なスペースがありません。また、重度の過蓋咬合です。従来の矯正治療であれば、通常、抜歯しブラケットを装着します。

これらの問題の原因は、口呼吸と筋機能習癖による顎の発育不足です。これらの原因に対して、Myobrace®装置、The Farrell Bent Wire System™ (BWS)と Myobrace®アクティビティによる治療を提案します。他にも選択肢はあるかもしれませんが、コンプライアンスが良好であれば、これが推奨される治療法です。他のオプションについても相談可能です。

呼吸： Myobrace® K1 と Myobrace®アクティビティによる治療

- 治療を成功させるには、まず呼吸は口ではなく鼻からする必要があります。鼻呼吸を促すために呼吸のエクササイズを行います。重篤な口呼吸の場合更なる治療が必要になる場合があります。
- Myobrace® K1 と Myobrace®アクティビティによる治療

癖の克服：

- 治療は、筋機能の習癖を克服するため、Myobrace® K シリーズと Myobrace®アクティビティから始めます。

アーチ（歯列）拡大：

- 犬歯が生えるスペースを確保するため、上顎を発達させ正しいアーチフォーム（歯列）にする必要があります。そのため、The Farrell Bent Wire System™ (BWS)と Myobrace® K1 の併用または Biobloc Stage I が使用される可能性があります。
- 犬歯のスペースのために下顎の BWS が必要になるでしょう。

最終的な歯並び：

- より良い歯並びのため Myobrace® T シリーズが使用されます。

イニシャル： _____

- 最終的な歯並びにはブラケットが必要となる可能性があります。ブラケットを使用することなく自然な歯並びを達成することが優先されます。

コンプライアンス:

- 治療の成功は、患者さん自身の筋機能習癖を取り除くことができるかどうかの能力にかかっているため、Myobrace®装置と Myobrace®アクティビティを適切に順守することが不可欠です。Myobrace®は、毎日最低 1 ～ 2 時間、そして夜間就寝中も装着します。Myobrace®アクティビティも毎日実行しなければなりません。
- The Myobrace® System は、一連のトレーニングプロセスであり、教育やスポーツと同様に、結果を得るには日々の取り組みと継続が必要です。また、変化に対する先天的な生物学的能力にも依存するため、結果がすぐに現れる場合もあれば、より長い期間が必要になる場合もあります。

保定:

- 正しい位置を保持するために治療後に一定の保定期間が必要となります。基本治療期間と保定期間を通して Myobrace®装着が不可欠です。筋機能習癖を克服することは、この治療の不可欠な部分であり、最終的な結果の安定性は、これらの習癖を克服する患者さんの能力に依存します。ブラケットを使用する場合、または患者さん自身の筋機能の習癖を適切に克服できない場合は、永久保定装置が生涯必要になります。つまり、永久に上下の前歯の後ろにワイヤーを接着、および/または、取り外し可能なプラスチック製の保定装置が生涯必要となります。

治療開始: _____

おおよその治療期間: 約 2～4 年と 7 番目の大白歯が生えるまで 6 ヶ月ごとの経過観察

- 治療開始時にデポジットをお支払いいただきます。これには、一連の治療を通して必要となる BWS、Biobloc、および Myobrace®装置の全ての費用が含まれます。
- 治療を中断し、別の年齢層で治療を再開する場合は、新しい治療計画と料金表が提供されます。

イニシャル: _____

規約と条件

- 紛失や故意に装置を破損させた場合の装置交換は、追加費用が発生します。
- キャンセルまたは日程変更をご希望の場合は、予約の少なくとも 24 時間前までにご連絡ください。
- 予約が守られない、装置を装着していない、または指示どおりにアクティビティが行われていない場合、治療期間の延長や治療結果が損なわれる可能性があります。
- お子さんが指示された通り毎日 Myobrace®を使用していない場合、治療は中止または中断されます。これは、保護者または歯科医師によって決定されます。
- Myobrace®の拡大処置前に、一般歯科にてスケーリングとクリーニングを行うことを強く推奨します。
- 治療開始前の歯科検診と、その後も 6 か月に 1 回の歯科検診を強く推奨します。当院または希望する歯科医院で行ってください。Myobrace®治療は、患者さんの一般的な歯の健康に対して責任を負いません。
- 筋機能矯正治療は従来の方法とは異なるため、必要であれば代替治療のセカンドオピニオンを受けてください。
- この治療計画書は、発行日から 6 か月以内に治療が開始されない場合失効します。執行後に治療を開始する場合、治療計画が改訂され、新しい患者記録が必要になる場合があります。

私は、上記を読み、（患者名）の治療に関するすべての条件を理解また同意し、提示された治療計画に同意します。これには、歯科衛生、患者のコンプライアンス、治療費が含まれます。

保護者氏名 _____

日付: _____

素晴らしい結果が得られることを楽しみにしています！

歯科医師名 _____

日付: _____

イニシャル: _____