

# オペレーターを実際に臨床で使ってみませんか？

各種レーザーの貸出しを行なっております。ぜひ一度お試しください！（お申し込みは裏面から）

**YOSHIDA**

# OPELASER+

炭酸ガスレーザー オペレーター PRO プラス / Lite プラス



さらに進化するオペレータープラス



1. いいところはそのままに  
集光のマニピュレータータイプ  
使い勝手のファイバータイプ

2. 軟組織の蒸散がよりスムーズに  
円形スキニングハンドピース  
※オプション

3. 視認性・利便性をより重視  
シンプル＆スタイリッシュな操作パネル



OPELASER PRO+ OPELASER Lite+

オペレーター PRO プラス 販売名：オペレーター 28 一般的名称：炭酸ガスレーザー 承認番号：21600BZZ00246000（高度管理 特管 設置）※オペレーター PRO プラスの販売名は、オペレーター 28 です。  
オペレーター Lite プラス 販売名：オペレーター 29 一般的名称：炭酸ガスレーザー 承認番号：21400BZZ00009000（高度管理 特管 設置）※オペレーター Lite プラスの販売名は、オペレーター 29 です。

# OPELASER Dual Wave

オペレーターデュアルウェーブ

## OPELASER NEOS

最大出力 25W

1. 噴霧式冷却機構（注水）

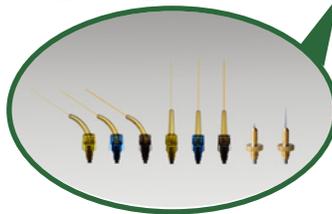


2. 円型スキニング



## OPELASER Filio

1. 選べる8種類のチップ



2. 手元スイッチで操作簡単



オペレーター NEOS 一般的名称：炭酸ガスレーザー 承認番号：22800BZX00361000（高度管理 特管 設置）  
オペレーター 25 一般的名称：ダイオードレーザー 承認番号：22800BZX00029000（高度管理 特管 設置）  
※オペレーターデュアルウェーブの販売名はオペレーター NEOS とオペレーター 25 です。 ※オペレーター Filio の販売名はオペレーター 25 です。



# 使用実態アンケート調査結果

過去4年間の結果を集計しました

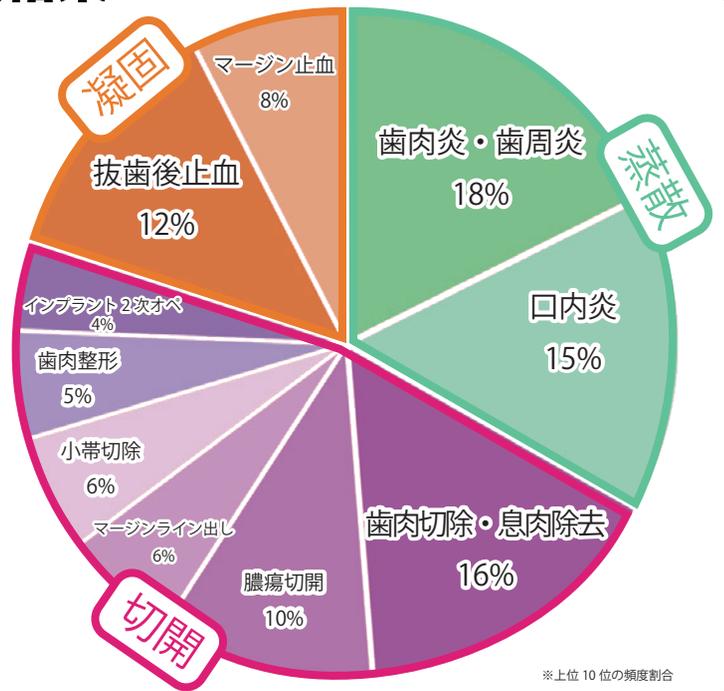
Q.主にどんな症例にオペレーターをご使用されていますか？

単位：ポイント

症例	2016年	2017年	2018年	2019年	合計	順位
蒸散 歯肉炎・歯周炎	317	427	432	278	1,454	1
切開 歯肉切除・息肉除去	300	297	475	210	1,282	2
蒸散 口内炎	259	289	408	315	1,271	3
凝固 抜歯後止血	201	255	355	213	1,024	4
切開 膿瘍切開	262	215	244	139	860	5
凝固 マージン止血	139	142	224	118	623	6
切開 マージンライン出し	109	122	157	74	462	7
切開 小帯切除	97	116	137	109	459	8
切開 歯肉整形	91	122	133	83	429	9
切開 インプラント2次オペ	80	87	81	107	355	10

※ポイント付与方法：1位＝5点 2位＝4点 3位＝3点 4位＝2点 5位＝1点

このアンケートはオペレーターPRO・Liteユーザーの先生にお答えいただいたものです。  
アンケート結果に基づくものであり、効能・効果を保証するものではありません。  
炭酸ガスレーザーの薬事承認は【切開・蒸散・止血・凝固】です。  
この項目以外は薬事承認外です。必ず適正な診断、責任のもとでご使用ください。



## オペレータークラブのご紹介

- 『便利な使い方』
- 『カテゴリ別照射方法』
- 『メンバーズディスカッション』
- 『ユーザーの声』



### お知らせ

- 新製品情報
- セミナーのご案内
- 更新情報
- セミナー報告
- 学術報告 など

<https://www.opelaser-club.com/>

オペレータークラブ (検索)



株式会社 吉田製作所  
オペレータークラブ事務局

オペレータークラブ

**OPELASER CLUB**



●貸出希望の先生は、(株)ヨシダ担当者へご依頼ください。

### オペレーター 貸出依頼書

貸出希望機種

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> オペレーター PROプラス  | <input type="checkbox"/> オペレーター NEOS  |
| <input type="checkbox"/> オペレーター Liteプラス | <input type="checkbox"/> オペレーター Filio |

芳名 (ふりがな)

貴医院名

貴医院住所 〒

TEL. ( ) FAX. ( )

お取引歯科ディーラー

※弊社では申込書にご記入いただいた情報は、社内で適切な安全対策の元に管理し漏洩等の防止に努めております。お客様の同意なく第三者への開示・提供はいたしません。  
弊社からのセミナー、サービス、新商品のご案内等に利用させていただく場合がございます。