

2021年度 乳腺認定医(新規) 申請書

申請日 2020年9月15日

氏名(自署)	乳腺 太郎 (性別： 男)		
自宅住所	〒 103-0027 東京都中央区日本橋3-9-16 ぶよおビル3階 TEL：03-5542-1555		
E mail(必須)	office@jbcs.gr.jp		
電話番号(連絡先)	090-1234-5678	生年月日	西暦 1980年1月1日
会員番号(5ケタ)	20000	入会年月日	西暦 2010年1月1日
卒業大学	東京●●大学		
医籍登録年月日	西暦 2005年4月1日	医籍番号	▲▲▲
基本的診療区分	(一つのみ選択) <input checked="" type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> その他		
基本的診療科認定年月日	西暦 2007年4月1日	基本的診療科認定医認定番号	▲▲▲

職 歴

西暦 年 月～ 年 月	勤 務 先
2005年4月 ～ 2008年3月	△△△病院
2008年4月 ～ 2015年3月	×××病院
2015年4月 ～ 現在	◎◎◎病院
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

勤務先

施設名	◎◎◎病院
住所	〒 103-0000 東京都中央区〇〇〇1-2-3 TEL：03-1111-2222

上記のものを日本乳癌学会の認定医として推薦致します。

西暦 2020年9月13日

推薦者 評議員氏名(自筆)

印

認定・関連施設修練終了証明書

日本乳癌学会
認定委員会 御中

申請者氏名 乳腺 太郎

期 間：西暦 2008年 4月 1日 ～ 西暦 2015年 3月 31日

診 断		治 療	
疾 患 名	経験した症例数	疾 患 名	経験した症例数
良性疾患	32	良性疾患	39
原発乳癌	7	原発乳癌	3
再発乳癌	2	再発乳癌	0
そ の 他	5	そ の 他	0

申請者は上記の期間中、日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、所定のカリキュラムに従った研修を終了し、申請通りの診療実績があることを証明いたします。

2020年 9月 20日

施設名 ×××病院

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

研究業績一覧

該当する一つに印をつけて下さい。(混合不可)

- 学術論文 (筆頭者として1編以上)
- 学会発表 (筆頭者として全国学会で2件以上)
- 学会発表 (筆頭者として全国学会で1件・本学会地方会2件以上)

NO.		論文名	発表雑誌名 学会名	発表年 (西暦)
1	筆頭	タイトル	日本外科学会雑誌	2013年
2	筆頭			年
3	筆頭			年
4	筆頭			年
5	筆頭			年

基本的事項

内容を理解している項目には○印を、理解していない項目には×印を記入する。

項 目		理解度	
解剖（正常乳房の基本的な組織像、乳房腋窩領域の解剖）		○	
生 理 (性ホルモンと乳腺)	性周期と乳腺	○	
	妊娠・授乳期乳腺	○	
	加齢による乳腺の変化	○	
	その他（食事・肥満・HRTなど）	○	
疫 学	一般的事項（罹患率・死亡率・再発形式）	○	
	家族性乳癌	○	
	危険因子	○	
	その他（ ）		
病 理	先天異常と発達異常	○	
	良性疾患	炎症	○
		乳腺症	○
		乳管内乳頭腫	○
		乳頭部腺腫	○
		腺腫	○
		線維腺腫	○
		葉状腫瘍	○
		乳管拡張症	○
		炎症性偽腫瘍	○
		女性化乳房症	○
	その他（ ）		
	悪性疾患	非浸潤性乳管癌	○
		非浸潤性小葉癌	○
		腺管形成型	○
		充実型	○
		硬性型	○
		特殊型	○
		Paget病	○
		男性乳癌	○
		妊娠・授乳期乳癌	○
		非上皮性腫瘍	○
病理組織悪性度の分類		○	
その他（ ）			

項 目		理解度		
バイオロジー	自然史			
	増殖・進展			
	ヘテロジェナイティ			
	ホルモンレセプター			
	癌関連遺伝子			
	その他 ()			
検 診	集団検診			
	自己検診			
診 断	問診と病歴の取り方			
	視触診			
	病期分類			
	乳房画像診断 (マンモグラフィ・超音波診断・CT・MRI)			
	骨シンチグラフィ			
	CT (乳房外)			
	MRI (乳房外)			
	超音波診断 (乳房外)			
	腫瘍マーカー			
	細胞診			
	針生検			
	外科的生検			
	その他 ()			
治 療	治療方針の適応決定			
	局所療法	手術	乳房全切除術	
			乳房部分切除術	
			腋窩リンパ節郭清術	
			センチネルリンパ節生検	
		放射線療法		
	全身療法	化学療法		
		内分泌療法		
		その他		
	治療効果の判定方法			
薬物有害反応				
その他 ()				
リハビリテーション				
緩和・終末期医療				
医療倫理	インフォームドコンセント			
	クオリティーオブライフ			
	カウンセリング			
	臨床試験			
	医療保障・医療経済			

専門的事項 手術療法

【記入方法】□内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

A 診療対象	(件)	39以下	40~99	100以上			
乳癌		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
		10以下	11~50	51~100	101~200	201以上	
乳腺症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
線維腺腫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
女性化乳房症		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	(確認)						
思春期早発症		<input checked="" type="checkbox"/>					
巨大乳房		<input checked="" type="checkbox"/>					
副乳		<input checked="" type="checkbox"/>					
陥没乳頭		<input checked="" type="checkbox"/>					
乳管拡張症		<input checked="" type="checkbox"/>					
乳汁漏出症		<input checked="" type="checkbox"/>					
周期性乳房痛（月経依存性）		<input checked="" type="checkbox"/>					
急性乳腺炎		<input checked="" type="checkbox"/>					
乳管内乳頭腫		<input checked="" type="checkbox"/>					
乳頭部腺腫		<input checked="" type="checkbox"/>					
腺腫		<input checked="" type="checkbox"/>					
葉状腫瘍		<input checked="" type="checkbox"/>					
Paget病		<input checked="" type="checkbox"/>					
肉腫		<input checked="" type="checkbox"/>					
その他（_____）		<input type="checkbox"/>					
A 診断	(件)	10以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201以上
マンモグラフィ （乳管造影法を含む）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
超音波診断		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
細胞診		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
針生検		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
外科的生検		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
その他（_____）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 治療	(件)	10以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201以上
切開排膿術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍摘出術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房切除術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
乳房温存手術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
再発巣切除		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌療法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
化学療法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房再建術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房形成術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣摘出術		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
植皮術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（_____）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療倫理	(確認)						
臨床試験		<input checked="" type="checkbox"/>					
医療相談（カウンセリング）		<input checked="" type="checkbox"/>					
その他（_____）		<input type="checkbox"/>					

専門的事項 化学療法

2021 認・新
5-化

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

A 診療対象 (件)	5以下	6~10	11~20	21以上
再発 (転移)				
局所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンパ節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚軟部組織	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心嚢膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳脊髄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 診断 (件)	5以下	6~10	11~20	21以上
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨シンチグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M R I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
細胞診・針生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨髄穿刺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 治療 (件)	5以下	6~10	11~20	21以上
治療方法のプランニング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補助療法 (術前・術後)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支持療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 治療 (確認)				
抗癌剤の薬理	<input type="checkbox"/>			
薬剤耐性	<input type="checkbox"/>			
薬物有害反応の評価方法	<input type="checkbox"/>			
治療効果の判定基準 (臨床的)	<input type="checkbox"/>			
治療効果の判定基準 (組織学的)	<input type="checkbox"/>			
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>			
A 緩和・終末期医療 (件)	5以下	6~10	11~20	21以上
疼痛コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄圧迫症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高カルシウム血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体腔液貯留コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療倫理 (確認)				
臨床試験	<input type="checkbox"/>			
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>			
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>			

専門的事項 画像診断

2021 認・新

【記入方法】□内にレを付ける。

5-診

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

A 診療対象 (件)	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D S A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のX線診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M R I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
核医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル診断					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M R I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル治療					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M R I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療倫理 (確認)					
臨床試験	<input type="checkbox"/>				
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>				
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>				

専門的事項 放射線治療

2021 認・新

【記入方法】□内にレを付ける。

5-放

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

A 診療対象 (件)	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
原発巣					
乳房温存症例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術不能進行癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
炎症性乳癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

再発(転移)局所	5以下	6~10	11~20	21以上
リンパ節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚軟組織	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心嚢膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳脊髄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 治療法 (件)	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
X(γ)線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小線源治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 皮膚反応 (件)	5以下	6~10	11~20	21以上
局所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上肢浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 医療倫理 (確認)	
臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談(カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>