

受付 No	地 区
年 月 日	

## 関連施設認定申請書

平成 年 月 日

日本乳癌学会施設認定委員会 御中

認定施設名 \_\_\_\_\_

認定施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

下記施設を日本乳癌学会専門医制度規則および施行細則に規定する関連施設として認定されますよう、下記のとおり申請します。

関連施設名 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 職務 \_\_\_\_\_

診療施設所在地

〒

\_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

ファックス： \_\_\_\_\_

関連施設に専門医がいる場合でも、定期的指導を行なう認定施設の専門医名を必ずご記入ください。

専門医氏名 \_\_\_\_\_ 専門医登録番号 (第 \_\_\_\_\_ 号)

常勤の日本乳癌学会会員名をご記入ください (1名)。

学会会員名 \_\_\_\_\_ 会 員 番 号 (第 \_\_\_\_\_ 号)

関連施設連絡先担当責任者氏名・職務(確認事項がある際は下記の担当者へご連絡いたします)

氏 名 \_\_\_\_\_ 職 務 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 関連施設内容説明書

平成 年 月 日

申請施設名 \_\_\_\_\_ 関連認定施設長氏名 \_\_\_\_\_ 印

1. 申請前年（1月～12月）の乳癌症例数 \_\_\_\_\_ 例

2. 常勤医（日本乳癌学会会員）氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号 \_\_\_\_\_

### 3. 検査室の設備

#### 検査体制

- a. マンモグラフィ ( あり なし )
- b. 超音波診断装置 ( あり なし )
- c. 穿刺吸引細胞診機器 ( あり なし )
- d. 乳房組織生検 ( あり なし )
- e. その他 \_\_\_\_\_

4. 病歴の管理体制 ( あり なし )

5. 剖検室 ( あり なし )

なしの場合 剖検依頼先施設名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

6. 乳腺疾患に関する定期的教育行事内容

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 常勤する日本乳癌学会会員の履歴書

平成 年 月 日

※捺印漏れの多い書類です。今一度ご確認願います※

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

〒

現住所 \_\_\_\_\_

最終学歴 \_\_\_\_\_ 年 月 卒業

会員番号 第 \_\_\_\_\_ 号

## 職歴

期 間

勤務先および所属

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

年 月 \_\_\_\_\_

## 勤務証明書

平成 年 月 日

下記の日本乳癌学会会員は当施設の常勤医であることを証明します。

申請関連施設名

施設長氏名

公印

常勤医

日本乳癌学会会員氏名

( )

入職年月 年 月

当該常勤医による乳腺疾患に対する診療内容の概略

1. 外来診療（定期的な外来日の有無、乳腺疾患症例数など）
2. 病棟診療（年間診療症例数および診療内容など）

# 認定・関連施設認定制度に関わる乳癌症例報告書

領域 1. 診断、 2. 手術、 3. 化学療法、 4. 放射線治療

平成 年 月 日

※関連施設名を記載※

※認定施設の指導にきている先生の名前と捺印※

施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

認定・関連施設 乳癌症例報告書 (いずれかに○)

領域	NCD 登録
1. 診断、 2. 手術、 3. 化学療法、 4. 放射線治療	あり・なし

注)

- 1) 診療の領域は、1. 診断、2. 手術、3. 化学療法、4. 放射線療法のいずれか1つを選択し番号に○をつける。認定施設として申請施設は 申請前年 の1月から12月までの30症例以上、関連施設は20症例以上 混合は不可。
  - 2) 手術で申請する場合は、NCD (National Clinical Database)登録が義務付けられているので、認定施設は、  
申請前年の1月から12月に施行された30症例以上、関連施設は、20症例以上の登録が必須条件になります。すなわちNCD登録”有”に○をつけ、条件を満たす症例数があれば申請完了です\*。  
診断、化学療法ないし放射線療法で申請する場合は、全ての症例の症例記録の記載をお願いします。  
(診断、化学療法、放射線療法で申請される場合は、NCDに登録されていても、症例記録の提出が必要になります。)  
(\*NCD登録状況は乳癌学会事務局にて確認できますので本頁のNCD登録ありに○のみで申請完了)
  - 3) 「症例記録」の診療内容の記載について
    - 申請の前年(1月から12月)の初診ないし新規治療開始症例(同一症例におけるレジメの変更は認めない)に限定
    - 病歴に関して
      - ・症例の背景を解りやすく記載する。「検診」、「術後」や「再発」など簡単な語句だけのものは認めない。
      - ・略語は乳癌取扱い規約に沿って記載する。
    - 診療内容に関して
      - ・領域「診断」の場合、診断手技と組織診の病理所見診断日は必須。  
**(良性・疑いのは不可)**
      - ・領域「化学療法」の場合、その具体的なレジメ投与期間などを記載。  
ホルモン療法・分子標的療法のみおよびその併用は不可。
      - ・領域「放射線治療」の場合  
術後照射(乳房部分切除後の温存乳腺または領域リンパ節、胸壁への照射)と  
転移再発巣への照射(局所再発、骨転移、脳転移などに対する照射)があるが、  
各症例について、照射の部位および方法、期間、線量を記載する。
- \***いずれの分野においても専門医制度委員が施設を訪問し(サイトビジット)、施設長の許可のもとに症例報告書の内容の確認を行う場合がある。**
- \***症例記録に際し字数は制限ありません枠にとらわれず記録用紙をコピーの上自由に記載下さい 症例のアウトラインが把握できますように記載例を参考にご記載下さい。**

症例記録 1

(関連 5)

領域 1. 診断、 3. 化学療法、 4. 放射線治療

平成 年 月 日

※関連施設名を記載※

※認定施設の指導にきている先生の名前と捺印※

施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

症例 1	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例 2	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例 3	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例記録

(関連 5)

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内	