

2022年度 乳腺専門医(新規) 申請書

申請日 2021年7月15日

フリガナ	ニューセン タロウ
氏名	乳腺 太郎
自宅住所	〒 103-0027 東京都中央区日本橋3-8-16 ぶよおビル3階 TEL : 03-5542-1555
電話番号(連絡先)	090-1234-5678
E mail(必須)	office@ibcs.gr.jp
会員番号(5ケタ)	20000
生年月日	1980年1月1日
卒業大学(卒業年度)	東京●●大学 (2005年卒業)
認定医登録番号	▲▲▲

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

2022年度 乳腺専門医(新規) 実績目録

1. 認定・関連施設での修練期間(合計で5年を超えていれば可)

施設名	修練期間
×××病院	7年 ヶ月
	年 ヶ月
	年 ヶ月
	年 ヶ月
	年 ヶ月
	年 ヶ月
	年 ヶ月
計	7年 ヶ月

2. 認定・関連施設における診療経験(100症例以上)

基本的診療科区分(一つのみ選択)	症例数
<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	116例

3. 研究業績(30点以上)

論文	21点
学会等発表	7点
司会あるいは座長	3点
計	31点

申請書、実績目録の記載については、間違いありません

申請者 自署

乳腺 太郎

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

上記の者は期間中、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行ったことをここに証明いたします。

期 間 : 西暦 2008年 4月 1日 ～ 西暦 2015年 3月 31日
西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

2021年 6月 20日

施設名 × × × 病院

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

診療経験目録(NCD登録症例数)

施設名： ◎◎◎病院

申請者氏名： 乳腺 太郎

術式	2012~ 2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	計
NP0188	2				1		3
NP0283		5	4				9
NP0284	3						3
NP0285(OP0022)					1		1
OP0028		10	22	25	18		75
OP0029			12	8			20
OP0030				2			2
OP0031					2		2
OP0032					1		1
計	5	15	38	35	23		116

NP0188： 乳腺悪性腫瘍手術 2.乳房切除術 腋窩部郭清を伴わないもの

NP0283： 皮膚温存乳房全切除術

NP0284： 乳頭温存乳房全切除術

NP0285： 乳管腺葉区域切除術（※2019年以前はOP0022:乳腺腺管腺葉区域切除術）

OP0028： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴う）

OP0029： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴わない）

OP0030： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施しない）

OP0031： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施）

OP0032： 乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術）（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清併施）

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
手術を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名： 外科 花子 印

専門医登録番号： ▲▲▲

手術療法

乳癌症例の診療経験目録 (NCD登録なし：2012年1月以前の症例記載)

施設名 ×××病院

申請者氏名 乳腺 太郎

NO	施行年月	病理組織診断名	術式
1	西暦 2010年 10月	非浸潤性乳管癌	乳腺悪性腫瘍手術
2	西暦 年 月		
3	西暦 年 月		
4	西暦 年 月		
5	西暦 年 月		
6	西暦 年 月		
7	西暦 年 月		
8	西暦 年 月		
9	西暦 年 月		
10	西暦 年 月		
11	西暦 年 月		
12	西暦 年 月		
13	西暦 年 月		
14	西暦 年 月		
15	西暦 年 月		
16	西暦 年 月		
17	西暦 年 月		
18	西暦 年 月		
19	西暦 年 月		
20	西暦 年 月		
21	西暦 年 月		
22	西暦 年 月		
23	西暦 年 月		
24	西暦 年 月		
25	西暦 年 月		
26	西暦 年 月		
27	西暦 年 月		
28	西暦 年 月		
29	西暦 年 月		
30	西暦 年 月		

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
手術を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 外科 花子 印

専門医登録番号 ▲▲▲

画像診断

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ◎◎◎病院 申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
画像診断を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 診断 和也 印

専門医登録番号 ▲▲▲

NO	初診年月(西暦)	診断手技	病理組織診断名(細胞診結果は不可)
1	2020年10月	<input checked="" type="checkbox"/> MG/Tomo <input checked="" type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input checked="" type="checkbox"/> その他(針生検)	非浸潤性乳管癌
2	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
3	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
4	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
5	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
6	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
7	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
8	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
9	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
10	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
11	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
12	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	
13	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他()	

NO	初診年月	診断手技	病理組織診断名（細胞診結果は不可）
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	20 年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※こちらのページをコピーし、お使いください。

乳癌症例記録（画像診断）

施設名 ○○○病院申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 診断 和也 印専門医登録番号 ▲▲▲

症例1
初診年月 : 西暦 2019年 1月 (※日については記入不要)
診断手技: <input checked="" type="checkbox"/> MG/Tomo <input checked="" type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input checked="" type="checkbox"/> その他 (CNB)
病理組織診断確認日 : 西暦 2019年 1月 (※日については記入不要)
病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input checked="" type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容: 2019年1月 検診マンモグラフィにて右上方に石灰化を伴う腫瘤像 カテゴリー4を指摘され精査目的に来院。初診時 超音波にて右CにT 1.5 x 1.0 cm 不整腫瘤を認め組織診: Core Needle Biopsy 施行。乳がん(右)と診断。

症例2
初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要)
診断手技: <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 ()
病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容:

症例3
初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要)
診断手技: <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 ()
病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容:

放射線治療

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ◎◎◎病院 申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
以下の通り、放射線治療を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 放射 良子 印

専門医登録番号 ▲▲▲

NO	施行期間（西暦）	原発/再発・転移	病理組織診断名	術式	部位	照射線量
1	2019年3月～ 2019年4月	原発	非浸潤性乳管癌	<input checked="" type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input checked="" type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input checked="" type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	50Gy
2	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
3	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
4	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
5	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
6	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
7	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	

NO	施行期間（西暦）	原発/再発・転移	病理組織診断名	術式	部位	照射線量
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	
	20 年 月～ 20 年 月		その他 ()	<input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他()	

※こちらのページをコピーしてお使いください。

乳癌症例記録（放射線治療）

施設名 ○○○病院

申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 放射 良子 印

専門医登録番号 ▲▲▲

症例1	
初診年月：西暦 2019年 11月（※日については記入不要）	<input checked="" type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input checked="" type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input checked="" type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input checked="" type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	
照射部位： <input checked="" type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
照射期間：2020年 1月 ~ 2020年 2月	照射線量：50Gy
診療内容：2019年11月 左乳房異常認め、当院に受診。精査にて、左乳癌の診断となる。 12月に手術施行し、術後病理の結果、放射線治療の方針となった。	

症例2	
初診年月：西暦 20 年 月（※日については記入不要）	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	
照射部位： <input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
照射期間：20 年 月 ~ 20 年 月	照射線量：
診療内容：	

症例3	
初診年月：西暦 20 年 月（※日については記入不要）	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	
照射部位： <input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
照射期間：20 年 月 ~ 20 年 月	照射線量：
診療内容：	

化学療法

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ○○病院 氏名 乳腺 太郎

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
化学療法を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 化療 博

専門医登録番号 ▲▲▲

NO	施行年月（西暦）	治療ライン	病理組織診断名	HR	HER2	レジメ・薬剤名（略語可）
1	2020年 12月	術後	浸潤性乳管癌	陰性	陽性	AC
2	20 年 月					
3	20 年 月					
4	20 年 月					
5	20 年 月					
6	20 年 月					
7	20 年 月					
8	20 年 月					
9	20 年 月					
10	20 年 月					
11	20 年 月					
12	20 年 月					
13	20 年 月					
14	20 年 月					
15	20 年 月					
16	20 年 月					
17	20 年 月					
18	20 年 月					
19	20 年 月					
20	20 年 月					
21	20 年 月					
22	20 年 月					
23	20 年 月					
24	20 年 月					
25	20 年 月					
26	20 年 月					
27	20 年 月					
28	20 年 月					
29	20 年 月					
30	20 年 月					

レジメ名（例）：AC,EC,FEC, FAC, DTX (Docetacel),
PTX (paclitaxel), nab-PTX, TC(DOC+CPA),
THP (DTX+HP), TCbHP(DTX+Carbo+HP), CMF,などの略号
でレジメが特定できれば可。

乳癌症例記録（化学療法）

施設名 ○○病院 申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 化療 博 印
 専門医登録番号 ▲▲▲

症例1	
初診年月： 西暦 2019年 10月 （※日については記入不要）	
病理組織診断名： <input checked="" type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
レジメ・薬剤名（略語可）： AC	投与期間： 2019年 12月～2020年 3月
診療内容：2019年10月 腫瘤を自覚し、当院受診。浸潤性乳管癌の診断のもと、2019年12月に乳房全切除術施行し、pT1pN1および、HR-, HER2+のBiologyから術後化学療法の方針となった。AC療法1サイクル目に発熱性好中球減少症（FN）を認めたため、2サイクル目からはゾーラスタ®を予防的に使用し、予定の4サイクルを完遂した。	

症例2	
初診年月： 西暦 年 月 （※日については記入不要）	
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 20 年 月～20 年 月
診療内容：	

症例3	
初診年月： 西暦 年 月 （※日については記入不要）	
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 20 年 月～20 年 月
診療内容：	

研究業績一覧

(1. 論文)

NO.		論 文 名	発表雑誌名	発表年 (西暦)	点数
1	筆頭論文 (必須)	タイトル	日本外科学会雑誌	2013年	6
2	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input checked="" type="checkbox"/> 共著	タイトル	日本癌治療学会誌	2014年	2
3	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input checked="" type="checkbox"/> 共著	タイトル	Breast Disease	2015年	3
4	<input checked="" type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	タイトル	Breast Cancer	2017年	10
5	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	

※点数表

	欧米論文	和文論文
筆 頭	10点	6点
共 著	3点	2点

研究業績一覧

(II. 学会等発表)

NO.		演 題	学 会 名	発表年 (西暦)	点数
1	<input checked="" type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	タイトル	第〇回 日本乳癌学会関東地方会	2017年	2
2	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input checked="" type="checkbox"/> 共著	タイトル	第〇回 日本外科学会	2018年	1
3	<input checked="" type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	タイトル	第〇回 日本乳癌学会学術総会	2020年	4
4	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
5	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	

※点数表

	日本乳癌学会発表 国際学会発表	国内学会発表	日本乳癌学会地方 会発表 乳腺関連研究発表
筆 頭	4点	3点	2点
共 著	1点	1点	1点

研究業績一覧

(III. 司会あるいは座長)

日本乳癌学会 学術総会

NO.	学術総会	セッション名	西 暦
1	第 ○ 回	タイトル	2018年
2	第 _____ 回		年
3	第 _____ 回		年

日本乳癌学会 地方会

NO.	学術総会	セッション名	西 暦
1	第 _____ 回 地方会		年
2	第 _____ 回 地方会		年
3	第 _____ 回 地方会		年

※点数表

	日本乳癌学会
司会・座長	3点