

## 1) 2023年度 乳腺認定医(新規) 申請書

申請日 2022年 9月 1日

氏名	乳腺 太郎		性別	男性
自宅住所	〒 103-0000 東京都中央区003-3-3			
E mail(必須)	××@△△ne.jp			
電話番号(連絡先)	00-1234-5678	生年月日	西暦 1990 年 1 月 1 日	
会員番号(5ケタ)	20000	入会年月日	西暦 2015 年 1 月 1 日	
卒業大学	00大学 (△年卒業)			
医籍登録年月日	西暦 ●● 年 ●● 月 ●● 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"/> 薬物療法 <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 2020 年 × 月 × 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
2015 年 4 月 ~ 2017 年 3 月	00病院
2017 年 4 月 ~ 2020 年 9 月	××病院
2020 年 10 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001-1-1 TEL: 123-0000-0000

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 2022 年 9 月 1 日

推薦者 評議員氏名 乳腺 花子 印

施設長印をもらったらPDFにしてご提出ください。  
施設ごとの提出が必要です。

2023 認・新  
4

## 4) 認定・関連施設修練終了証明書

申請者氏名： 乳腺 太郎

---

期間： 西暦 2015 年 4 月 1 日 ～ 西暦 2017 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	10	良性疾患	10
原発乳癌	20	原発乳癌	20
再発乳癌	10	再発乳癌	10
そ の 他	5	そ の 他	5

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。

西暦 2022 年 8 月 31 日

施設名： ○○病院

---

施設長名(ゴム印 可)：

乳癌 花代

公印

---

## 5) 研究業績一覧

### 乳腺疾患に関する研究業績

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、地方会不可)
- 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 / 演題名		発表雑誌/ 学会名	発表年 (西暦)
1	筆頭	論文	Breast cancer	2021
2	筆頭	論文		
3	筆頭	論文		
4	筆頭	論文		
5	筆頭	論文		

添付する業績コピーの**自身の名前を赤丸で囲む**こと

## 6) 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		○	
	クオリティオブライフ		○	
	カウンセリング		○	
	臨床試験		○	
	医療保障・医療経済		○	

## 7) 専門的事項 手術療法

該当項目には○印を記入すること。

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			○			
	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
乳腺症				○		
線維腺腫					○	
女性化乳房症		○				

B (確認)	経験または見学の有無
思春期早発症	○
巨大乳房	○
副乳	○
陥没乳頭	○
乳管拡張症	○
乳汁漏出症	○
周期性乳房痛 (月経依存性)	○
急性乳腺炎	○
乳管内乳頭腫	○
乳頭部腺腫	○
腺腫	○
葉状腫瘍	○
Paget病	○
肉腫	○
その他 ( )	

A 診断 (件)	経験なし	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)							○
超音波診断							○
細胞診							○
針生検							○
外科的生検							○
その他 ( )							

A 治療 (件)	経験なし	10以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201以上
切開排膿術				○			
腫瘍摘出術						○	
乳房切除術							○
乳房温存手術							○
再発巣切除					○		
内分泌療法					○		
化学療法						○	
分子標的治療					○		
乳房再建術			○				
乳房形成術			○				
卵巣摘出術	○						
植皮術		○					
その他 ( )							

B 医療倫理 (確認)	経験または見学の有無
臨床試験	○
医療相談 (カウンセリング)	○
その他 ( )	

## 7) 専門的事項 画像診断

該当項目には○印を記入すること。

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)	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
マンモグラフィ						○
乳管造影					○	
DSA					○	
その他のX線診断				○		
超音波診断						○
CT				○		
MR I				○		
核医学		○				

インターベンショナル診断	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
超音波						○
マンモグラフィ						○
CT					○	
MR I				○		

インターベンショナル治療	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
超音波						○
マンモグラフィ						○
CT					○	
MR I				○		
その他 ( )						

B 医療倫理 (確認)	経験または見学の有無
臨床試験	○
医療相談 (カウンセリング)	
その他 ( )	

## 7) 専門的事項 放射線治療

該当項目には○印を記入すること。

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)						
原発巣	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
乳房温存症例						○
手術不能進行癌				○		
炎症性乳癌				○		
その他 ( )						
再発(転移)局所	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上	
リンパ節					○	
皮膚軟組織			○			
骨			○			
肺		○				
胸膜		○				
肝	○					
心嚢膜	○					
脳脊髄		○				
その他 ( )						

A 治療法 (件)						
	経験なし	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
X (γ) 線治療						○
電子線治療					○	
小線源治療		○				
その他 ( )						

A 皮膚反応 (件)						
	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上	
局所					○	
肺			○			
上肢浮腫				○		
その他 ( )						

B 医療倫理 (確認)		経験または見学の有無
臨床試験		
医療相談(カウンセリング)		○
その他 ( )		

## 7) 専門的事項 薬物療法

該当項目には○印を記入すること。

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)					
再発(転移)	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上
局所					○
リンパ節				○	
皮膚軟部組織			○		
骨			○		
肺				○	
胸膜		○			
肝		○			
心嚢膜	○				
脳脊髄		○			
その他( )					

A 診断 (件)					
	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上
超音波診断					○
骨シンチグラフィ				○	
CT			○		
MRI				○	
細胞診・針生検					○
骨髄穿刺			○		
その他( )					

A 治療 (件)					
	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上
治療方法のプランニング					○
内分泌療法					○
化学療法					○
分子標的治療				○	
放射線療法			○		
補助療法(術前・術後)				○	
支持療法			○		
その他( )					

B 治療 (確認)	経験または見学の有無
抗癌剤の薬理	○
薬剤耐性	○
薬物有害反応の評価方法	○
治療効果の判定基準(臨床的)	○
治療効果の判定基準(組織学的)	○
その他( )	

A 緩和・終末期医療 (件)					
	経験なし	5以下	6~10	11~20	21以上
疼痛コントロール			○		
脊髄圧迫症状		○			
呼吸困難	○				
高カルシウム血症		○			
体腔液貯留コントロール	○				
その他( )					

B 医療倫理 (確認)	経験または見学の有無
臨床試験	○
医療相談(カウンセリング)	○
その他( )	