

印をもらったPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2025 認・更

なお、混合症例として提出する場合にはこちらに記載してください。

③-1 乳癌症例記録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された診断を行ったことを証明します。

年 月 日

施設名 ◎◎病院

病院長名（ゴム印可） 学会 次郎 公印

症例1
初診年月： 西暦 2024 年 1 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 2024 年 2 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）：
診療内容：2024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 c m 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 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 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）：
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)
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 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）：
診療内容：

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。

2025 認・更

2024年症例のみ：10症例の記載、2023年症例も含まれる場合：30症例の記載が必要です。

ただし、混合で症例を提出する場合には③-1を使用する事。こちらの書式は使用しないでください。

③-2 乳癌症例の診療経験目録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された診断を行ったことを証明します。

年 月 日

施設名 ○○病院

病院長名（ゴム印可） 学会 次郎 公印

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	2024 年 10 月	<input type="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US	<input type="radio"/> 乳房MRI	非浸潤性乳管癌
		乳房CT	その他（ ）		
2	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
3	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
4	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
5	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
6	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
7	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
8	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
9	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
10	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
11	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
12	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		
13	年 月	MG/Tomo	乳房US	乳房MRI	
		乳房CT	その他（ ）		

③-1 乳癌症例記録（放射線治療）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

年 月 日

施設名 ◎◎病院

病院長名（ゴム印可） 学会 次郎 公印

症例1										
初診年月： 西暦 2024 年 2 月（※日については記入不要）						<input type="radio"/> 原発		<input type="radio"/> 進行・転移再発		
病理組織診断名： 非浸潤性乳管癌										
術式：	<input type="radio"/> 乳房部分切除		<input type="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		<input type="radio"/> 腋窩郭清			
照射部位：	<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上		<input type="radio"/> 内胸	その他（ ）
照射期間： 西暦 2024 年 4 月 ~ 2024 年 5 月						照射線量： 50Gy				
診療内容：2024年2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。3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 年 月（※日については記入不要）						<input type="radio"/> 原発		<input type="radio"/> 進行・転移再発		
病理組織診断名：										
術式：	<input type="radio"/> 乳房部分切除		<input type="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		<input type="radio"/> 腋窩郭清			
照射部位：	<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上		<input type="radio"/> 内胸	その他（ ）
照射期間： 西暦 年 月 ~ 年 月						照射線量：				
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）						<input type="radio"/> 原発		<input type="radio"/> 進行・転移再発		
病理組織診断名：										
術式：	<input type="radio"/> 乳房部分切除		<input type="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		<input type="radio"/> 腋窩郭清			
照射部位：	<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上		<input type="radio"/> 内胸	その他（ ）
照射期間： 西暦 年 月 ~ 年 月						照射線量：				
診療内容：										

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。

2025 専・更

2024年症例のみ：10症例の記載、2023年症例も含まれる場合：30症例の記載が必要です。

ただし、混合で症例を提出する場合には③-1を使用する事。こちらの書式は使用しないでください。

③-2 乳癌症例の診療経験目録（放射線治療）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

年 月 日

施設名

◎◎病院

病院長名（ゴム印可）

学会 次郎

公印

NO	施行期間（西暦）	原発/進行・転移再発	病理組織診断名	術式		照射部位			照射線量
				○		○			
1	2024 年 3 月 ~	原発	浸潤性乳管癌	○	乳房部分切除	○	温存乳房	胸壁	50Gy
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
	○			腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
2	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
3	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
4	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
5	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
6	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			
7	年 月 ~				乳房部分切除		温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
				腋窩センチネル		内胸			
				腋窩郭清		その他()			

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。
なお、混合症例として提出する場合にはこちらに記載してください。

2025 認・更

③-1 乳癌症例記録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された薬物療法を行ったことを証明します

年 月 日

施設名 ○○病院

病院長名（ゴム印可） 学会 次郎 公印

症例1
初診年月： 西暦 2024 年 3 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名： 浸潤性乳管癌
HR: 陰性 HER2: 陽性 治療ライン： 術後
レジメ・薬剤名（略語可）： AC 投与期間： 2024 年 4 月 ~ 2024 年 7 月
診療内容： 2024年2月 腫瘍を自覚し、当院受診。浸潤性乳管癌の診断のもと、2024年4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サイクル目からはジーラスタ®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：
HR: HER2: 治療ライン：
レジメ・薬剤名（省略可）： 投与期間： 年 月 ~ 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：
HR: HER2: 治療ライン：
レジメ・薬剤名（省略可）： 投与期間： 年 月 ~ 年 月
診療内容：

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。

2025 認・更

2024年症例のみ：10症例の記載、2023年症例も含まれる場合：30症例の記載が必要です。

ただし、混合で症例を提出する場合には③-1を使用する事。こちらの書式は使用しないでください。

③-2 乳癌症例の診療経験目録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 花子

申請者は本施設において、記載された薬物療法を行ったことを証明します

年 月 日

施設名 ◎◎病院

病院長名（ゴム印可） 学会 次郎 公印

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	2024 年 1 月	術後	浸潤性小葉癌	陰性	陰性	AC
2	年 月					
3	年 月					
4	年 月					
5	年 月					
6	年 月					
7	年 月					
8	年 月					
9	年 月					
10	年 月					
11	年 月					
12	年 月					
13	年 月					
14	年 月					
15	年 月					
16	年 月					
17	年 月					
18	年 月					
19	年 月					
20	年 月					
21	年 月					
22	年 月					
23	年 月					
24	年 月					
25	年 月					
26	年 月					
27	年 月					
28	年 月					
29	年 月					
30	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。