

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 2025 年 1 月（※日については記入不要）										
診断手技：	<input type="radio"/>	MG/Tomo	<input type="radio"/>	乳房US		乳房MRI		乳房CT	<input type="radio"/>	その他（ CNB ）
病理組織診断確認日：西暦 2025 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）：浸潤性乳管癌										
診療内容：2025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：		MG/Tomo		乳房US		乳房MRI		乳房CT		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：		MG/Tomo		乳房US		乳房MRI		乳房CT		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。2026 認・更
2025年症例のみ：10症例の記載、2024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	2025 年 11 月	<input type="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US		乳房MRI	非浸潤性乳管癌
			乳房CT	<input type="radio"/> その他（ CNB ）		
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 2025 年 2 月（※日については記入不要）						<input type="radio"/>	原発		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		<input type="radio"/>		その他（ ）	
照射期間：西暦 2025 年 4 月 ~ 2025 年 5 月						照射線量：						50Gy												
診療内容：2025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		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		<input type="radio"/>		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		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		<input type="radio"/>		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。2026 専・更
2025年症例のみ：10症例の記載、2024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	2025 年 3 月 ~ 2025 年 4 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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。

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 2025 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(省略可)： AC 投与期間： 2025 年 4 月 ～ 2025 年 7 月
診療内容：2025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、2025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年症例のみ：10症例の記載、2024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	2025 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		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。			
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					