

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

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 2025 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 ()	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 × 1.0 cm 不整腫瘍を認め組織診：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。

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

2026 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（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	<input type="checkbox"/> 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="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="radio"/>	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：	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	<input type="checkbox"/> 進行・転移再発							
病理組織診断名：													
術式：	<input type="checkbox"/>	乳房部分切除	<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：	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="checkbox"/> 進行・転移再発							
病理組織診断名：													
術式：	<input type="checkbox"/>	乳房部分切除	<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：	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 ~	原発	浸潤性乳管癌	<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	50Gy
	2025 年 4 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
2	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
3	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
4	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
5	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
6	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	その他()		
7	年 月 ~			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
	年 月			<input type="radio"/>	乳房全切除	<input type="radio"/>	腋窩	鎖骨上	
				<input type="radio"/>	腋窩センチネル	<input type="radio"/>	内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清	<input type="radio"/>	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。

2026 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 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ー®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。

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（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		レジメ名（例）：AC,EC,FEC, FAC, DTX (Docetaxel), 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。			
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					