

⑦-1 乳癌症例記録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、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： 学会 太郎 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="radio"/> MG/Tomo | <input type="radio"/> 乳房US | <input type="checkbox"/> 乳房MRI | <input type="checkbox"/> 乳房CT | 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 | 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 | 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：                           |                                  |                               |                                |                               |         |  |

⑦-2 乳癌診療における診療経験目録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である  
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： 学会 太郎 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） |
|----|-------------|-----------|--------|---------|-------------------|
|    |             | ○ MG/Tomo | ○ 乳房US | ○ 乳房MRI |                   |
| 1  | 2024 年 10 月 | ○ MG/Tomo | ○ 乳房US | ○ 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（ ） |         |                   |

⑦-1 乳癌症例記録（放射線治療）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、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： 学会 太郎 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：                     |  |                              |                             |                               |                           |                            |        |                               |  |

⑦-2 乳癌診療における診療経験目録（放射線治療）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である  
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： 学会 太郎

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<br>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  |      |
|    | 2024 年<br>4 月   |            |         | ○  | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 2  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 3  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 4  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 5  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 6  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |
| 7  | 年<br>月 ~        |            |         |    | 乳房部分切除  |      | 温存乳房   | 胸壁   |      |
|    |                 |            |         |    | 乳房全切除   |      | 腋窩     | 鎖骨上  |      |
|    | 年<br>月          |            |         |    | 腋窩センチネル |      | 内胸     |      |      |
|    |                 |            |         |    | 腋窩郭清    |      | その他( ) |      |      |

⑦-1 乳癌症例記録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、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： 学会 太郎 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 |          |                               |  |

|               |       |                 |  |
|---------------|-------|-----------------|--|
| 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（略語可）： |       | 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（略語可）： |       | 投与期間： 年 月 ~ 年 月 |  |
| 診療内容：         |       |                 |  |

### ⑦-2 乳癌診療における診療経験目録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である  
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：学会 太郎 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。