

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（ゴム印可） 学会 太郎 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：							

病院長印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2026 認・新

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（ゴム印可） 学会 太郎 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 10 月	<input type="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
3	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
4	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
5	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
6	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
7	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
8	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
9	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
10	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
11	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
12	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	乳房MRI		
		乳房CT	その他 ()				
13	年 月	MG/Tomo	乳房US	<input type="checkbox"/>	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（ゴム印可） 学会 太郎

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 checked="" type="checkbox"/>	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 checked="" 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/>	原発	進行・転移再発				
病理組織診断名：												
術式：	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	原発	進行・転移再発				
病理組織診断名：												
術式：	<input checked="" 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 checked="" 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：												

(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（ゴム印可） 学会 太郎 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	<input type="radio"/> 胸壁		50Gy
	2025 年 4 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
2	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
3	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
4	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
5	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
6	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 腋窩郭清	その他()			
7	年 月 ~			<input type="radio"/> 乳房部分切除	<input type="radio"/> 温存乳房	<input type="radio"/> 胸壁		
	年 月			<input type="radio"/> 乳房全切除	<input type="radio"/> 腋窩	<input type="radio"/> 鎖骨上		
				<input type="radio"/> 腋窩セチカル	<input type="radio"/> 内胸			
				<input type="radio"/> 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（ゴム印可） 学会 太郎 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（略語可）：		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（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（ゴム印可） 学会 太郎 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 (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。			
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					