

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="radio"/> MG/Tomo <input type="radio"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 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： <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：									

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）
		○	MG/Tomo	○		
1	2025 年 10 月		乳房US		乳房MRI	非浸潤性乳管癌
			乳房CT	○	その他（ CNB ）	
2	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
3	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
4	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
5	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
6	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
7	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
8	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
9	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
10	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
11	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
12	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			乳房CT		その他（ ）	
13	年 月		MG/Tomo		乳房US	
			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 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		乳房全切除		腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：	<input type="radio"/>	温存乳房		胸壁		腋窩		鎖骨上	内胸 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：		乳房部分切除		乳房全切除		腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：		温存乳房		胸壁		腋窩		鎖骨上	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		進行・転移再発
病理組織診断名：									
術式：		乳房部分切除		乳房全切除		腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：		温存乳房		胸壁		腋窩		鎖骨上	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（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 ~ 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()		

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					