

2022年度 乳腺認定医(新規) 申請書

申請日 年 月 日

氏 名	(性別：)		
自宅住所	〒 TEL：		
E mail(必須)			
電話番号(連絡先)	生年月日	西暦	年 月 日
会員番号(5ケタ)	入会年月日	西暦	年 月 日
卒業大学	(年卒業)		
医籍登録年月日	西暦 年 月 日	医籍番号	
基本的診療区分	(一つのみ選択) <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> その他		
基本的診療科認定年月日	西暦 年 月 日	基本的診療科認定医認定番号	

職 歴

西暦 年 月～ 年 月	勤 務 先
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

勤務先

施 設 名	
住 所	〒 TEL：

上記のものを日本乳癌学会の認定医として推薦致します。

西暦 年 月 日

推薦者 評議員氏名(自筆)

印

事務局
使用欄

--	--	--	--	--

認定・関連施設修練終了証明書

日本乳癌学会
認定委員会 御中

申請者氏名 _____

期 間：西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

診 断		治 療	
疾 患 名	経験した症例数	疾 患 名	経験した症例数
良性疾患		良性疾患	
原発乳癌		原発乳癌	
再発乳癌		再発乳癌	
そ の 他		そ の 他	

申請者は上記の期間中、日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、所定のカリキュラムに従った研修を終了し、申請通りの診療実績があることを証明いたします。

20 年 月 日

施設名

施設長名(ゴム印 可)

公印

研究業績一覧

該当する一つに印をつけて下さい。(混合不可)

- 学術論文 (筆頭者として1編以上)
- 学会発表 (筆頭者として全国学会で2件以上)
- 学会発表 (筆頭者として全国学会で1件・本学会地方会2件以上)

NO.		論文名 / 演題名	発表雑誌名 学会名	発表年 (西暦)
1	筆 頭			年
2	筆 頭			年
3	筆 頭			年
4	筆 頭			年
5	筆 頭			年

基本的事項

内容を理解している項目には○印を、理解していない項目には×印を記入する。

項 目		理解度	
解剖（正常乳房の基本的な組織像、乳房腋窩領域の解剖）			
生 理 （性ホルモンと乳腺）	性周期と乳腺		
	妊娠・授乳期乳腺		
	加齢による乳腺の変化		
	その他（食事・肥満・HRTなど）		
疫 学	一般的事項（罹患率・死亡率・再発形式）		
	家族性乳癌		
	危険因子		
	その他（ ）		
病 理	先天異常と発達異常		
	良性疾患	炎症	
		乳腺症	
		乳管内乳頭腫	
		乳頭部腺腫	
		腺腫	
		線維腺腫	
		葉状腫瘍	
		乳管拡張症	
		炎症性偽腫瘍	
		女性化乳房症	
		その他（ ）	
	悪性疾患	非浸潤性乳管癌	
		非浸潤性小葉癌	
		腺管形成型	
		充実型	
		硬性型	
		特殊型	
		Paget病	
		男性乳癌	
		妊娠・授乳期乳癌	
		非上皮性腫瘍	
		病理組織悪性度の分類	
その他（ ）			

項 目		理解度		
バイオロジー	自然史			
	増殖・進展			
	ヘテロジェナイティ			
	ホルモンレセプター			
	癌関連遺伝子			
	その他 ()			
検 診	集団検診			
	自己検診			
診 断	問診と病歴の取り方			
	視触診			
	病期分類			
	乳房画像診断 (マンモグラフィ・超音波診断・CT・MRI)			
	骨シンチグラフィ			
	CT (乳房外)			
	MRI (乳房外)			
	超音波診断 (乳房外)			
	腫瘍マーカー			
	細胞診			
	針生検			
	外科的生検			
	その他 ()			
治 療	治療方針の適応決定			
	局所療法	手術	乳房全切除術	
			乳房部分切除術	
			腋窩リンパ節郭清術	
			センチネルリンパ節生検	
		放射線療法		
	全身療法	化学療法		
		内分泌療法		
		その他		
	治療効果の判定方法			
薬物有害反応				
その他 ()				
リハビリテーション				
緩和・終末期医療				
医療倫理	インフォームドコンセント			
	クオリティオブライフ			
	カウンセリング			
	臨床試験			
	医療保障・医療経済			

専門的事項 画像診断

【記入方法】□内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

A 診療対象 (件)	10以下	11~50	51~100	101~200	201以上
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のX線診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
核医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル診断					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル治療					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療倫理 (確認)					
臨床試験	<input type="checkbox"/>				
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>				
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>				