

## ① 2025年度 乳腺専門医(更新) 申請書

申請日 2024年 5月 1日

フリガナ	ニューセン タロウ		
氏名	乳腺 太郎		
E mail(必須)	taro@jbcs.gr.jp		
電話番号(連絡先)	03-1111-2222		
会員番号(5ケタ)	20000		
基本的診療科区分	手術療法		
専門医番号	999	専門医資格有効期限	2024 年 12月31日
認定医の同時取得	希望する		

職歴(2019年以降) ※非常勤の勤務先もご記載ください

西暦 年 月 ~ 年 月	勤務先
2019 年 4月 ~ 2023 年 3月	〇〇〇大学附属病院
2023 年 4月 ~ 年 月	△△病院
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	△△病院
住所	〒103-0000 東京都中央区〇〇〇1-2-3 TEL: 03-3333-4444
下記送付先は勤務先が自動入力されます。別住所を希望される場合には直接上書きしてください	
認定証 送付先住所	〒103-0000 東京都中央区〇〇〇1-2-3 △△病院

## ②-1 研究業績一覧（論文）

2020年1月～2024年8月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が8点以上必要

NO.	筆頭/共著	論文名	発表雑誌名	発表年 (西暦)		点数
				年	年	
1	筆頭	論文のタイトル	日本癌治療学会	2023	年	6
2	共著	論文のタイトル	Breast Cancer	2022	年	3
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						9

足りない場合は行を増やしてください

点数表

	欧文論文	和文論文
筆頭	10点	6点
共著	3点	2点

※添付資料として論文の題名・所属・発表者名・要旨の記載されているページをPDFにて提出のこと

## ②-2 研究業績一覧（発表）

2020年1月～2024年8月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が8点以上必要

NO.	筆頭/共同 発表	演 題	学 会 名	発表年 (西暦)		点数
				年	年	
1	筆頭発表	演題名	日本乳癌学会関東地方会	2023	年	2
2					年	
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						2

足りない場合は行を増やしてください

## 点数表

	日本乳癌学会学術総会 国際学会	国内学会	日本乳癌学会地方会 乳腺関連研究会
筆頭発表者	4点	3点	2点
共同発表者	1点	1点	1点

※添付資料として発表学会名、発表年月日が記載された抄録集の表紙か、会期が分かるページと抄録のコピーをPDFにて提出のこと

## ③ 研修実績一覧

2020年1月～2024年8月末までの研修実績が30点以上必要

NO	学会名等(第〇回を記入すること)	開催年月	点数
1	第 30 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2022 年 6 月	6
2	第 31 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2023 年 6 月	6
3	第 32 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2024 年 6 月	6
4	第 11 回 日本乳癌学会専門医セミナー	西暦 2022 年 7 月	4
5	第 〇 回 日本外科学会	西暦 2020 年 4 月	3
6	第 〇 回 日本癌学会	西暦 2022 年 9 月	3
7	第 〇 回 Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	西暦 2023 年 12 月	4
8	第 31 回 日本乳癌学会学術総会教育セミナー	西暦 2023 年 6 月	1
9	第 回	西暦 年 月	
10	第 回	西暦 年 月	
11	第 回	西暦 年 月	
12	第 回	西暦 年 月	
13	第 回	西暦 年 月	
14	第 回	西暦 年 月	
15	第 回	西暦 年 月	
16	第 回	西暦 年 月	
17	第 回	西暦 年 月	
18	第 回	西暦 年 月	
19	第 回	西暦 年 月	
20	第 回	西暦 年 月	
<b>合 計</b>			<b>33</b>

日本乳癌学会				その他学会		
学術総会*1	専門医・認定医 セミナー	地方会	教育セミナー*2	国際学会	国内学会	乳腺関連研究会 乳腺関連講習会*3
6	4	2	1 or 2	4	3	2

\*1 資格申請対象期間に、日本乳癌学会総会における研修実績を、3回以上必須とする（今年度は移行期の為、参加回数0～2でも可）

\*2 受講証記載の点数による。但し、記載のないものは1点とする

\*3 マンモグラフィ講習会、超音波講習会、JOHBOCセミナーなど適切なプログラムが組まれていること

その他学会については、原則的に全国規模の学会・研究会とする。それ以外のものは、専門医制度委員会・認定委員会の判断による

## ④-1 診療経験目録(NCD登録症例数)

申請者氏名： 乳腺 太郎

術式	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	計
NP0188		3	2		4		9
NP0283				1			1
NP0284					1		1
NP0285(OP0022)	2	1					3
OP0028	1	4	6	2	15	7	35
OP0029	3	10	8	11	13	5	50
OP0030		2	5	2		4	13
OP0031		1			1		2
OP0032				1			1
計	6	21	21	17	34	16	115

※2019年8月～2024年7月までの期間の症例とする

NP0188： 乳腺悪性腫瘍手術 2.乳房切除術 腋窩部郭清を伴わないもの

NP0283： 皮膚温存乳房全切除術

NP0284： 乳頭温存乳房全切除術

NP0285： 乳管腺葉区域切除術（※2019年以前はOP0022:乳管腺葉区域切除術）

OP0028： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴う）

OP0029： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴わない）

OP0030： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施しない）

OP0031： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施）

OP0032： 乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術）（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清併施）

申請者は本施設において、記載された手術を行ったことを証明します。

2024年 7月 1日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可）

学会 花代

公印

## ④-1 乳癌症例記録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 太郎

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。

2024 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 公印

症例1
初診年月：西暦 2023 年 2 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 2023 年 3 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）：非浸潤性乳管癌
診療内容：2023年2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：

**画像診断**

**④-2 乳癌症例の診療経験目録**

申請者氏名： 乳腺 太郎

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。

2024 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名 (ゴム印可) 学会 花代 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)
		<input type="checkbox"/>	MG/Tomo	<input type="checkbox"/>	乳房US	
1	2022 年 7 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( VAB )	浸潤性乳管癌
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
2	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
3	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
4	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
5	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
6	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
7	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
8	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
9	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
10	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
11	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
12	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	
13	年 月	<input type="checkbox"/>	乳房CT	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
		<input type="checkbox"/>	乳房US		乳房MRI	

④-1 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。

2024年 7月 1日

施設名

△△病院

病院長名（ゴム印可）

学会 花代

公印

症例1									
初診年月： 西暦 2022 年 11 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： 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 2023 年 1 月 ~ 2023 年 2 月						照射線量： 50Gy			
診療内容：2022年11月 左乳房異常を認め、当院を受診。精査にて左乳癌の診断となる。 12月に手術試行し、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：	<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	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：									



**放射線治療**

**④-2 乳癌症例の診療経験目録**

申請者氏名： 乳腺 太郎

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。

2024 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名 (ゴム印可) 学会 花代 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	2021 年 3 月 ~	進行・ 転移再 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 ~				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 ~				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 ~				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 ~				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 ~				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 ~				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( )			

④-1 乳癌症例記録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 太郎

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

2024 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 公印

症例1
初診年月：西暦 2021 年 10 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名： 浸潤性小葉癌
HR: 陰性   HER2: 陽性   治療ライン： 術後
薬剤名（略語可）： AC   投与期間： 2021 年 12 月 ~ 2022 年 3 月
診療内容：2021年10月腫瘍を自覚し、当院受診。浸潤性乳管癌の診断のもと、2021年12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：
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：
薬剤名（略語可）：   投与期間： 年 月 ~ 年 月
診療内容：

薬物療法

④-2 乳癌症例の診療経験目録

申請者氏名： 乳腺 太郎

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

2024 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名 (ゴム印可) 学会 花代 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	2022 年 12 月	術後	浸潤性乳管癌	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。