

2022年度 乳腺専門医(更新) 申請書

申請日 2021年7月15日

フリガナ	ニューセン タロウ		
氏名	乳腺 太郎		
自宅住所	〒 103-0027 東京都中央区日本橋3-9-16 ぶよおビル3階 TEL : 03-5542-1555		
電話番号(連絡先)	090-1234-5678		
E mail(必須)	office@jbcg.jp		
会員番号(5ケタ)	20000	専門医登録番号	▲▲▲

職歴 (2016年以降)

西暦 年 月～ 年 月	勤務先
2015年 4月 ～ 現在	◎◎◎病院
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◎◎◎1-2-3 TEL : 03-1111-2222

実績目録

1. 認定・関連施設における診療経験(100症例以上)

基本的診療科区分(一つのみ選択)	症例数
<input checked="" 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	101例

2. 研究業績(8点以上)

論文	6点
学会等発表	1点
司会あるいは座長	3点
計	10点

3. 研修業績(30点以上)

計	30点
---	-----

申請書、実績目録の記載については、間違いありません

申請者 自署

乳腺 太郎

診療経験目録(NCD登録症例数)

施設名： ◎◎◎病院

申請者氏名： 乳腺 太郎

術式	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	計
NP0188	2	3		2	4		11
NP0283							
NP0284							
NP0285(OP0022)							
OP0028	11	12	13	20	15		71
OP0029	3	2		10			15
OP0030							
OP0031		1			2		3
OP0032				1			1
計							101

※2016年9月～2021年8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:乳腺腺管腺葉区域切除術）

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）

上記の者は本施設において、記載通りの診療経験があることを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

画像診断

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ◎◎◎病院 申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者は本施設において、記載通りの診療経験があることを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 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	2020年10月	<input checked="" type="checkbox"/> MG/Tomo <input checked="" type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input checked="" type="checkbox"/> その他(針生検)	非浸潤性乳管癌
2	20 年 月	<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()	
3	20 年 月	<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()	
4	20 年 月	<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()	
5	20 年 月	<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()	
6	20 年 月	<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()	
7	20 年 月	<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()	
8	20 年 月	<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()	
9	20 年 月	<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()	
10	20 年 月	<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()	
11	20 年 月	<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()	
12	20 年 月	<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()	
13	20 年 月	<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()	

乳癌症例記録（画像診断）

施設名 ○○○病院申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

症例1
初診年月 : 西暦 2019年 1月 (※日については記入不要)
診断手技: <input checked="" type="checkbox"/> MG/Tomo <input checked="" type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input checked="" type="checkbox"/> その他 (CNB)
病理組織診断確認日 : 西暦 2019年 1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) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input checked="" type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容: 2019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 20 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 20 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) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容:

症例3
初診年月 : 西暦 20 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 20 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) : <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療内容:

放射線治療

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ◎◎◎病院

申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者は本施設において、記載通りの診療経験があることを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

NO	施行期間 (西暦)	原発/再発・転移	病理組織診断名	術式	部位	照射線量
1	2019年3月～ 2019年4月	原発	非浸潤性乳管癌	<input checked="" type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input checked="" type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	<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()	50Gy
2	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	
3	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	
4	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	
5	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	
6	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	
7	20 年 月～ 20 年 月			<input type="checkbox"/> 乳房温存 <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	<input 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()	

乳癌症例記録（放射線治療）

施設名 ◎◎◎病院申請者氏名 乳腺 太郎

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

症例1	
初診年月： 西暦 2019年 11月 （※日については記入不要）	<input checked="" type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input checked="" type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input checked="" type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input checked="" 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：2020年 1月 ～ 2020年 2月	照射線量：50Gy
診療内容：2019年11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。 12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 20 年 月 （※日については記入不要）	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input type="checkbox"/> 乳房温存 <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 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：20 年 月 ～ 20 年 月	照射線量：
診療内容：	

症例3	
初診年月： 西暦 20 年 月 （※日については記入不要）	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発/転移
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
術式： <input type="checkbox"/> 乳房温存 <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 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：20 年 月 ～ 20 年 月	照射線量：
診療内容：	

化学療法

乳癌症例の診療経験目録

施設名 ○○○病院

氏名 乳腺 太郎

上記の者は本施設において、記載通りの診療経験があることを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) 学会 花子 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	2020年 12月	術後	浸潤性乳管癌	陰性	陽性	AC
2	20 年 月					
3	20 年 月					
4	20 年 月					
5	20 年 月					
6	20 年 月					
7	20 年 月					
8	20 年 月					
9	20 年 月					
10	20 年 月					
11	20 年 月					
12	20 年 月					
13	20 年 月					
14	20 年 月					
15	20 年 月					
16	20 年 月					
17	20 年 月					
18	20 年 月					
19	20 年 月					
20	20 年 月					
21	20 年 月					
22	20 年 月					
23	20 年 月					
24	20 年 月					
25	20 年 月					
26	20 年 月					
27	20 年 月					
28	20 年 月					
29	20 年 月					
30	20 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。

研究業績一覧

(1. 論文)

NO.		論 文 名	発表雑誌名	発表年 (西暦)	点数
1	<input checked="" type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	タイトル	日本癌治療学会誌	2017年	6
2	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
3	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
4	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
5	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	

※点数表

	欧米論文	和文論文
筆 頭	10点	6点
共 著	3点	2点

研究業績一覧

(II. 学会等発表)

NO.		演 題	学 会 名	発表年 (西暦)	点数
1	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input checked="" type="checkbox"/> 共著	タイトル	第〇回 日本外科学会	2016年	1
2	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
3	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
4	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	
5	<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著			年	

※点数表

	日本乳癌学会発表 国際学会発表	国内学会発表	日本乳癌学会地方会発表 乳腺関連研究発表
筆 頭	4点	3点	2点
共 著	1点	1点	1点

研究業績一覧

(III. 司会あるいは座長)

日本乳癌学会 学術総会

NO.	学術総会	セッション名	西 暦
1	第 ○ 回	タイトル	2018年
2	第 _____ 回		年
3	第 _____ 回		年

日本乳癌学会 地方会

NO.	学術総会	セッション名	西 暦
1	第 _____ 回 地方会		年
2	第 _____ 回 地方会		年
3	第 _____ 回 地方会		年

※点数表

	日本乳癌学会
司会・座長	3点

研修実績一覧

申請者氏名 乳腺 太郎

NO	学会名等(第〇回を記入すること)	開催年月	点数
1	第〇回 日本乳癌学会専門医セミナー	西暦 2016年 5月	4
2	第〇回 日本乳癌学会学術総会	西暦 2016年 7月	6
3	第〇回 日本外科学会	西暦 2017年 6月	3
4	第〇回 日本乳癌学会学術総会	西暦 2017年 7月	6
5	第〇回 日本乳癌学会学術総会教育セミナー	西暦 2017年 12月	1
6	第〇回 Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	西暦 2018年 12月	4
7	第〇回 日本癌学会	西暦 2019年 9月	3
8	第〇回 マンモグラフィ読影指導者研修会	西暦 2020年 4月	3
9		西暦 年 月	
10		西暦 年 月	
11		西暦 年 月	
12		西暦 年 月	
13		西暦 年 月	
14		西暦 年 月	
15		西暦 年 月	
16		西暦 年 月	
17		西暦 年 月	
18		西暦 年 月	
19		西暦 年 月	
20		西暦 年 月	
合 計			30

日本乳癌学会				その他学会			
学術総会	専門医セミナー	地方会	教育セミナー	国際学会	国内学会	MG講習会	乳腺関連の研究会
6	4	2	1 or 2 (※)	4	3	3	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。

その他学会については、原則的に全国規模の学会・研究会(日本乳癌学会HPにある学会・医学誌一覧を参照)とする。

それ以外のものは、認定委員会の判断による。