

②-1 研究業績一覧(論文)

NO.	筆頭/共著	論文名	発表雑誌		発表年 (西暦)		点数	
			査読	発表雑誌				
1	筆頭(必須)	タイトル	○	Breast cancer	2024	年	10	
2	筆頭	タイトル	○	Cancer Research	2025	年	10	
3						年		
4						年		
5						年		
6						年		
7						年		
合計								20

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全文コピーをPDFにて提出のこと

※研究業績(論文+発表)30点以上必須

②-2 研究業績一覧（発表）

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	タイトル	第〇回日本乳癌学会学術総会	2024	年	4
2	筆頭発表	タイトル	第〇回日本乳癌学会学術総会	2025	年	4
3	筆頭発表	タイトル	第〇回日本外科学会	2026	年	3
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						11

点数表

	日本乳癌学会 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

* 認定委員会が認定する全国規模の乳腺関連研究会

※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もしくは、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

※研究業績（論文＋発表）30点以上必須

2026年分を提出しないと100例に満たない場合のみ提出してください。統括責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。NCD登録が行われていない2026年1月以降の症例を申請する方のみ提出が必要です。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・新

手術療法

④-2 乳癌症例の診療経験目録

(NCD登録なし：2012年1月以前もしくは2026年1月以降の症例)

申請者氏名

乳腺太郎

NO	施行年月	病理組織診断名	術式
1	西暦 2026 年 1 月	非浸潤性乳管癌	Bp+SNB
2	西暦 年 月		NCD術式番号（例：OP0029など）の記載も可、ただし、「乳腺悪性腫瘍手術」など、術式が不明な記載は不可
3	西暦 年 月		
4	西暦 年 月		
5	西暦 年 月		
6	西暦 年 月		
7	西暦 年 月		
8	西暦 年 月		
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		
21	西暦 年 月		
22	西暦 年 月		
23	西暦 年 月		
24	西暦 年 月		
25	西暦 年 月		
26	西暦 年 月		
27	西暦 年 月		
28	西暦 年 月		
29	西暦 年 月		
30	西暦 年 月		

申請者は基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である

施設名：

△△病院

において、記載された手術を行ったことを証明します。

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)：

指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号：

1111

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

施設名： △△病院

において、記載された画像診断を行ったことを証明します。

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

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="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 2025 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)： 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：					

指導責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・新

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

施設名： △△病院

において、記載された画像診断を行ったことを証明します

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

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="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US	<input type="radio"/> 乳房MRI	その他 ()	
1	2025 年 8 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
2	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
3	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
4	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
5	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
6	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
7	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
8	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
9	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
10	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
11	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
12	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
13	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
		<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			

指導責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出
が必要です。

2027 専・新

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

施設名： △△病院

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。

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

症例1					
初診年月： 西暦 2025 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： 非浸潤性乳管癌					
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 2025 年 1 月 ~ 2025 年 2 月	照射線量： 50Gy				
診療内容：2025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 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：					

指導責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・新

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

施設名： △△病院

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

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

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()		

指導責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出
が必要です。

2027 専・新

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

施設名： △△病院

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。

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

症例1
初診年月： 西暦 2025 年 11 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名： 浸潤性乳管癌
ER: 陰性 PgR: 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 11 月 ~ 2026 年 3 月
診療内容： 2025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、2025年11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

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：
ER: PgR: 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：
ER: PgR: 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：

指導責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・新

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

施設名： △△病院

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。

2026 年 6 月 1 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

(指導責任者)専門医番号： 1111

NO	施行年月(西暦)	治療ライン	病理組織診断名	ER	PgR	HER2	レジメ・薬剤名(略語可)
1	2025 年 12 月	術後	浸潤性乳管癌	陰性	陰性	陽性	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。