

受付 No.

2021年 月 日

## 関連施設 申請書

2021年 月 日

関連施設名  
\_\_\_\_\_関連施設長名(ゴム印 可)  
\_\_\_\_\_

公印

施設所在地  
〒  
\_\_\_\_\_TEL :  
\_\_\_\_\_

指導を行う認定施設の専門医

専門医番号

氏 名  
\_\_\_\_\_

関連施設に常勤の日本乳癌学会会員名をご記入下さい(1名)

会員番号

常勤会員名  
\_\_\_\_\_

申請書類問い合わせ先

氏 名  
\_\_\_\_\_職 務  
\_\_\_\_\_E-mail  
\_\_\_\_\_

上記施設を本施設の関連施設として申請します。

認定施設名  
\_\_\_\_\_認定施設長名(ゴム印 可)  
\_\_\_\_\_

公印

## 設備内容・実績報告書

2021年 月 日

関連施設名

---

常勤会員名

---

印

※1～4の項目はすべて記載

### 1. 検査室の設備

検査体制

- a. マンモグラフィ ( あり なし )
- b. 超音波診断装置 ( あり なし )
- c. 穿刺吸引細胞診機器 ( あり なし )
- d. 組織生検 ( あり なし )
- e. その他
- 

2. 病歴管理体制 ( あり なし )

### 3. 乳腺疾患に関する定期的教育行事内容

---



---

### 4. 関連施設における2020年乳癌症例(いずれかに✓)

領 域				症 例 数
<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	例



## 勤務証明書

2021年 月 日

下記の医師は当施設の常勤医であることを証明します。

関連施設名

---

関連施設長名(ゴム印 可)

公印

---

常勤医氏名

---

当該常勤医による乳腺疾患に対する診療内容の概略

1. 外来診療(定期的な外来日の有無、乳腺疾患症例数など)

2. 病棟診療(年間診療症例数および診療内容など)

## 乳癌症例記録（放射線治療）

指導を行う認定施設の指導医・専門医

関連施設名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

症例1	
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：	









