

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（化学療法）

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 _____ 年 _____ 月 _____ (※日については記入不要)	
病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 治療ライン: <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発
薬剤名 (略語可) : _____	投与期間: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
診療内容:	

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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 治療ライン: <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 治療ライン: <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発
薬剤名 (略語可) : _____	投与期間: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
診療内容:	

症例記録（化学療法）

症例4			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容：			

症例5			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容：			

症例6			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容：			

症例7			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容：			

症例記録（化学療法）

症例12			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例13			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例14			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例15			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例記録（化学療法）

症例16			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例17			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例18			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例19			
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：		投与期間： 年 月～ 年 月	
診療内容： 			

症例記録（化学療法）

症例20	
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： <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
HR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HER2： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発	
薬剤名（略語可）：	投与期間： 年 月～ 年 月
診療内容：	