

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（画像診断）

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)
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:

症例記録（画像診断）

症例4			
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5			
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6			
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7			
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	：		

症例記録（画像診断）

症例8
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9
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10
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11
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 :

症例記録（画像診断）

症例12			
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13			
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14			
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15			
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	：		

症例記録（画像診断）

症例16			
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17			
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18			
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19			
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	：		

症例記録（画像診断）

症例20

初診年月：西暦 20 年 月 （※日については記入不要）

診断手技：MG/Tomo 乳房US 乳房MRI 乳房CT 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）：

非浸潤性乳管癌 浸潤性乳管癌 浸潤性小葉癌 その他（ ）

診療内容：