

18. 前立腺がん

○: 専門とするがん △: グループ指定により対応しているがん ×: 診療を実施していないがん
 ※別紙4に入力した内容が反映されています。
 ※診療を実施していないがんについて、表の記載は不要

集学的治療・標準的治療の提供体制
 ○: あり △: グループ指定により対応(地域がん診療病院のみ選択可) ×: なし

| 当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数 | | | 治療の実施状況(○: 実施可/×: 実施不可) / 昨年の実績(あり/なし) ※平成25年1月1日~12月31日 | | | | | | | 各診療科における当該疾患の治療の特色・患者さんへのメッセージなど | 当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ | | | |
|------------------------|-----|-----------------|---|--------|-----------|------|-------|------|-------|----------------------------------|--|-----------|------|---------|
| 主な診療科名 (5診療科まで) | 医師数 | 当該疾患を専門としている医師数 | 手術 | | | 化学療法 | 放射線療法 | | | | ページの見出しとアドレス ※トップページ以外を2つまで記載してください ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください | 掲載されている内容 | | |
| | | | 開腹手術 | 腹腔鏡下手術 | 腹腔鏡下小切開手術 | | 体外照射 | IMRT | 小線源治療 | | | 治療内容 | 治療実績 | 医師の専門分野 |
| 1 泌尿器科 | 8 | 6 | 状況 ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ロボット支援下鏡視下手術をおこなっています。 | ア http:// | | | |
| | | | 実績 あり | あり | なし | あり | あり | あり | あり | | イ http:// | | | |
| 2 放射線治療科 | 10 | 5 | 状況 × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | | ア http:// | | | |
| | | | 実績 なし | なし | なし | なし | あり | あり | あり | | イ http:// | | | |
| 3 | | | 状況 | | | | | | | | ア http:// | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | イ http:// | | | |
| 4 | | | 状況 | | | | | | | | ア http:// | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | イ http:// | | | |
| 5 | | | 状況 | | | | | | | | ア http:// | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | イ http:// | | | |

グループ指定を受ける施設との連携状況
 ※グループ指定を受ける場合のみ記載すること

例: 前立腺がん
 前立腺がん
 昨年の治療実績ありの疾患名
 ※平成25年1月1日~12月31日