

24. 皮膚腫瘍

○

○: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	インターフェロン療法	放射線療法 体外照射	凍結療法		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		
			状況	実績	状況	実績	状況	実績	治療内容	治療実績	医師の専門分野		
1	皮膚科	2	1	○	○	○	×	○	私たちは、原点に立った診療を心がけています。	ア http://www.sakai-city-hospital.jp/medical/department/dermatology.html	掲載あり	掲載なし	掲載あり
				あり	あり	あり	なし	あり		イ http://			
2	放射線治療科	3	3	×	×	×	○	×	QOLを良好に保ちながら状況に応じた確かな治療を受けていただくとともに、わかりやすい説明を心がけています。	ア http://www.sakai-city-hospital.jp/medical/department/radiology_t/index.html	掲載あり	掲載あり	掲載あり
				なし	なし	なし	あり	なし		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	
---	--

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	例:悪性黒色腫、乳房外パジェット、基底細胞がん、有棘細胞がん 乳房外パジェット、悪性黒色腫、基底細胞がん、有棘細胞がん、BOWN病、血管肉腫
------------------------------------	---