

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	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				
								治療内容	治療実績	医師の 専門 分野					
1	形成外科	4	3	状況	○	○	○	×	×	皮膚悪性腫瘍に対するセンチネルリンパ節生検などの低侵襲手術	ア	形成外科 http://www.gh.opho.jp/patient/examination/72.php	掲載あり	掲載あり	掲載あり
				実績	あり	あり	あり	なし	なし		イ	http://			
2	放射線治療科	2	2	状況	×	×	×	○	×	Novalis Tx による定位照射、IMRTを積極的に行っています。	ア	放射線治療科 http://www.gh.opho.jp/patient/examination/75.php	掲載あり	掲載あり	掲載あり
				実績	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
------------------------------------	--------------------------------