

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	3	1	状況	○	×	×	×	×	形成外科 ア http://www.ych.or.jp/shinryou/department/plastic_surgery/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
				実績	あり	なし	なし	なし	なし				
2	腫瘍内科	3	1	状況	×	○	×	×	×	病気・治療・検査 ア http://www.ych.or.jp/shinryou/department/oncology/detail/	掲載あり	掲載なし	掲載なし
				実績	なし	なし	なし	なし	なし				
3	放射線治療科	1	1	状況	×	×	×	○	×	放射線治療科 ア http://www.ych.or.jp/shinryou/department/therapeutic_radiology/	掲載あり	掲載なし	掲載なし
				実績	なし	なし	なし	あり	なし				
4				状況						ア http://			
				実績									
5				状況						ア http://			
				実績									

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、基底細胞がん、有棘細胞がん、ケロイド