

30. 小児脳腫瘍

×

○: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	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			
					体外照射	定位放射線療法	IMRT	小線源治療			治療内容	治療実績	医師の専門分野	
1			状況							ア	http://			
			実績								イ	http://		
2			状況							ア	http://			
			実績								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: 神経膠腫、頭蓋咽頭腫、髄芽腫、胚細胞腫

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