

各種小児がんの情報

記載の有無 あり
表紙に反映されます

小児脳腫瘍

病院名: 大阪府立母子保健総合医療センター

集学的治療の実施状況 (:実施/×:未実施)

診療を実施していないがんについて、表の記載は不要

| 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9月1日～平成26年8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 | 治療内容 | 治療実績 | 医師の専門分野 |
| | | | | | 体外照射 | 定位放射線療法 | IMRT | 小線源治療 | | | | | | |
| 1 脳神経外科 | 3 | 3 | 状況 | × | × | × | × | × | | 見出し | 主な対象疾患 | 掲載あり | 掲載あり | 掲載あり |
| | | | 実績 | あり | なし | なし | なし | なし | | なし | アドレス | | | |
| 2 血液・腫瘍科 | 8 | 8 | 状況 | × | | × | × | × | | 見出し | 難治性小児がんに対する造血幹細胞移植 | 掲載あり | 掲載あり | 掲載あり |
| | | | 実績 | なし | あり | なし | なし | なし | | なし | アドレス | | | |
| 3 放射線科 | 2 | 2 | 状況 | × | × | | | | | 見出し | 骨髄非破壊的威力(RIST) | 掲載あり | 掲載あり | 掲載あり |
| | | | 実績 | なし | なし | なし | なし | あり | | なし | アドレス | | | |
| 4 | | | 状況 | | | | | | | 見出し | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | アドレス | | | |
| 5 | | | 状況 | | | | | | | 見出し | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | アドレス | | | |
| 治療実績のある再発、難治症例の疾患名 平成25年9月1日～平成26年8月31日 | | | なし | | | | | | | | | | | |