

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 放射線治療科	1	1	状況	×	×	○	×	×	×	放射線治療科 http://www.ych.or.jp/shinryou/department/therapeutic_radiology/ http://	掲載あり	掲載なし	掲載なし
			実績	なし	なし	なし	なし	なし	なし				
2			状況							http://			
			実績										
3			状況							http://			
			実績										
4			状況							http://			
			実績										
5			状況							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: 神経膠腫、頭蓋咽頭腫、髄芽腫、胚細胞腫 なし
------------------------------------	------------------------------