

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