

**肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん及び前立腺がんに対して、
手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師による
セカンドオピニオンを提示する体制**

○新規認定、追加認定申請 または 認定しているがんの部位についてのみ記載してください。

病院名: 公益財団法人結核予防会複十字病院

期間: 平成24年12月1日時点

※疾患ごとに、セカンドオピニオンを担当する医師に関する情報を5名まで記載してください。

※対応状況が「対応不可」の場合は、「セカンドオピニオンを担当している医師」に関する表への記載は不要です。

1. 肺がん

| セカンドオピニオンを担当している医師 | 所属している診療科 | 当該疾患に対する専門性(専門:○/専門外:×) | 当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×) | | | |
|--------------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------|------|-------|------------------|
| | | | 手術 | 化学療法 | 放射線療法 | その他※具体的に記載してください |
| | | | 昨年の実績 ※平成23年1月1日～平成23年12月31日まで | | | 10件以下(月1件程度) |
| 対応状況 (対応可/対応不可) | 対応可 | | | | | |
| 1人目 | 呼吸器センター | ○ | ○ | × | × | |
| 2人目 | 〃 | ○ | × | ○ | × | |
| 3人目 | | | | | | |
| 4人目 | | | | | | |
| 5人目 | | | | | | |

2. 大腸がん

| セカンドオピニオンを担当している医師 | 所属している診療科 | 当該疾患に対する専門性(専門:○/専門外:×) | 当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×) | | | |
|--------------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------|------|-------|------------------|
| | | | 手術 | 化学療法 | 放射線療法 | その他※具体的に記載してください |
| | | | 昨年の実績 ※平成23年1月1日～平成23年12月31日まで | | | 10件以下(月1件程度) |
| 対応状況 (対応可/対応不可) | 対応可 | | | | | |
| 1人目 | 消化器センター | ○ | ○ | ○ | × | 手術方法等 |
| 2人目 | 〃 | ○ | ○ | ○ | × | 手術方法等 |
| 3人目 | | | | | | |
| 4人目 | | | | | | |
| 5人目 | | | | | | |

3. 乳がん

| セカンドオピ ニオンを担 当している 医師 | 対応状況 (対応可/対応不可) | 対応可 | 昨年の実績 ※平成23年1月1日～平成23年12月31日まで | | | | 10件以下(月1件程度) |
|--------------------------------|--------------------|-----|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------|------------------|
| | | | 所属している診療科 | 当該疾患に対す る専門性(専門: ○/専門外:×) | 当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×) | | |
| | | | | 手術 | 化学療法 | 放射線療法 | その他※具体的に記載してください |
| 1人目 | 乳腺センター | ○ | ○ | ○ | × | | |
| 2人目 | | | | | | | |
| 3人目 | | | | | | | |
| 4人目 | | | | | | | |
| 5人目 | | | | | | | |