栃木県保健医療計画（７期計画）別冊への掲載意向調査票

（がん診療機能を担う医療機関（がん診療連携拠点病院等以外））

　平成30（2018）年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| e-mailアドレス |  |

１　診療体制について

　　※次の各内容について、該当するもの全てに○印を御記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 回答欄 | 内　　容 |
|  | ①関係する診療ガイドラインに即した診療ができる |
| 実施可能ながんの部位（該当するものに○をつけてください。）  　ア　肺　　イ　胃　　ウ　大腸　　エ　肝　　オ　乳  カ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | ②血液検査、画像検査（エックス線検査、ＣＴ、ＭＲＩ、核医学検査、超音波検査、内視鏡等）、病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能である（他の医療機関と協力して確実に実施できる場合を含む） |
|  | ③病理診断、画像診断等が実施可能である（他の医療機関と協力して確実に実施できる場合を含む） |
|  | ④患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法、化学療法等が実施可能である（他の医療機関と協力して確実に実施できる場合を含む） |
|  | ⑤がんと診断された時から緩和ケアを実施できる |

２　栃木県保健医療計画（７期計画）への掲載

上記項目について全て該当する場合は、「がん診療機能を担う医療機関（がん診療連携拠点病院等以外）」としての要件を満たしますが、栃木県保健医療計画（７期計画）別冊への掲載を希望しますか。

|  |
| --- |
| 回答欄 |
|  | ①希望する | |
|  | ②希望しない | ※希望しない場合には、理由を御記入願います。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |