

資料3： 検討事項

1. 専門施設について（資料1参照）

（1）基準に関する事項

誰でも手を挙げられるのは良くない、と病院からの指摘があったことにどのように対応するか

→症例数を1例に限定など。

- 診断1例以上・治療1例以上など分けたほうが良いか
- 眼内、角結膜、眼窩、眼瞼で分けて集計して表示する、0のところは表示しない
- 眼瞼だけ、眼科で見ない可能性があるので、眼内、角結膜、眼窩で1例以上としてかどうか

（2）条件に関する事項

データを出す協力をしてもらう、などの、他の条件は不要か

（3）募集方法に関する事項

情報公開に応募が無く入ってなくて症例数があるところにはこちらから少し声掛けをしたほうが良いか。（あとから言うてくる施設あり）

2. 公開情報について（資料2, 4参照）

（1）これまで収集した情報の再確認

（2）ホームページの情報に関する事項

ホームページの専門施設の提示は、少し整理をしたほうが良いか

例) 各種治療が「すべて可の施設」、「そうではない施設」「診断施設」に分離

3. その他

（1）2018年症例に関する事項

2018年症例についても、情報公開に間に合えば差し替えて2016-8年にしてしまうか

眼腫瘍専門施設・情報公開用記入シート

施設名：

記入内容は「非公開」と記載されているもの以外は公開されます。
 <前提条件>はプログラム参加の要件です。

記入上の注意： は必須項目です。 は任意項目です。

条件項目
 <前提条件>

- 1 院内がん登録への参加

項目

記入欄

- 2013年： 選択してください
- 2014年： 選択してください
- 2015年： 選択してください 「あり」が必須
- 2016年： 選択してください 「あり」が必須

<診断と治療について：「不可」なら空欄で公開>

- 2 網膜芽細胞腫
- 3 ぶどう膜悪性黒色腫
- 4 眼内リンパ腫
- 5 結膜悪性リンパ腫
- 6 角結膜扁平上皮癌
- 7 結膜悪性黒色腫
- 8 眼窩悪性リンパ腫
- 9 涙腺がん（腺様嚢胞癌、腺癌、多型腺癌含む）
- 10 眼瞼がん（基底細胞癌、脂腺癌、扁平上皮癌含む）

< 1. 診断可能・治療可能な疾患 >

< 2. 実施可能な治療内容 >

<診断>		<治療>		手術	放射線	全身化学療法	その他	その他があれば具体的に記載
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	
<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	<input type="checkbox"/> 選択してください	

< 3. 診療連携している病院名と連携内容：任意項目 >

- 11 網膜芽細胞腫
- 12 ぶどう膜悪性黒色腫
- 13 眼内リンパ腫
- 14 結膜悪性リンパ腫
- 15 角結膜扁平上皮癌
- 16 結膜悪性黒色腫
- 17 眼窩悪性リンパ腫
- 18 涙腺がん（腺様嚢胞癌、腺癌、多型腺癌含む）
- 19 眼瞼がん（基底細胞癌、脂腺癌、扁平上皮癌含む）

連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：
 連携先と内容：

< 4. 備考（200字以内）：任意項目 >

< 5. 診療担当医 >

- 21 眼腫瘍を専門とする担当医

氏名：
 診療科名：

一眼科医以外の場合は連携
 する眼科医について記載

氏名：
 所属施設名：

< 6. 眼腫瘍診療に関する問い合わせ先 >

- 22 眼腫瘍診療の問い合わせ窓口

名称：
 連絡先： 電話番号など

< 7. >

- 23 上記公開情報について、外部のデータ検証作業に同意・協力していただけますか？

選択してください いいえの場合は、本プログラムにご参加いただけません。

< 8. >

- 24 本情報収集フォームにおける
 記入内容に関する問い合わせ先
 （非公開）

所属部署： 非公開
 氏名： 非公開
 電話： 非公開
 E-mail： 非公開