

様式 2-別添 1

協力施設が備えるべき要件

I. 遺伝性腫瘍の実施状況と乳腺専門医・婦人科腫瘍専門医・の勤務等

- ① 申請時までの過去1年間(20××年9月~20××年8月)の遺伝性腫瘍(HBOCを含む)に関する診療実績(自費・保険含む)・・・【更新申請では記載不要】

| (過去1年間) | 数 |
|-----------------------|--------|
| 乳房サーベイランス | |
| MMG(自施設/他施設)実施患者数 | 15例/0例 |
| US(自施設/他施設)実施患者数 | 15例/0例 |
| 乳房造影MRI(自施設/他施設)実施患者数 | 13例/2例 |
| 卵巣サーベイランス実施患者数 | 12例 |
| その他の家族性腫瘍診療実績患者数 | |
| ① リンチ症候群 | 3例 |
| ② | |
| ③ | |

II. 総合診療体制(HBOC診療連携協定書を締結している施設)

- ① 連携している基幹施設名

()

- ② 連携している連携施設名

(○○ 総合病院)