

一般社団法人 日本癌治療学会

# 実地見学要綱

V4.

2019/10/1



# 目 次

1. 実地見学要綱 (V4.) .....	1~6
2. 各種申請書様式・注意点 .....	7
①実地見学申請 .....	8~10
②実地見学報告書 .....	11~20
④シニアナビゲーター申請 .....	21
⑤認定実地見学施設申請 .....	22~26

## 実地見学要綱

【はじめに】 がん診療ネットワークシニアナビゲーター（以下シニアナビゲーター）の業務は以下の通りです。

- ① 地域におけるがん診療情報や医療サービス情報を収集する。
- ② がん患者・家族等の求めに応じ、がん診療情報や医療サービス情報を適切に提供する。
- ③ 地域連携クリティカルパスの運用支援を行う。
- ④ 臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する。
- ⑤ がん診療連携拠点病院の相談支援センターと連携し、地域のがん診療連携活動を推進する。
- ⑥ 医療介入またはこれに相当する可能性のある行為は行わない。

e-learning、コミュニケーションスキルセミナーを修了した方が、シニアナビゲーターの実務を開始し上記の役割を果たす前に最後のとして実地見学を位置づけています。シニアナビゲーターの役割の一つに、がん相談支援センター相談員（以下相談員）の業務を、拠点病院や拠点病院以外の地域で補完する役割があります。地域のネットワークに所属して、地域・生活の場ではがん患者さん・ご家族の困難を拾い上げ、ネットワークの適切な場に「つなぐ」ことがシニアナビゲーターの大きな役割です。従って、シニアナビゲーターの実施見学を指導責任者\*の指導の下に認定見学施設\*の\*のがん相談支援センターを中心に行うこととしました。実地見学では以下のことが求められ評価されます。

- ① SBOに基づき認定見学施設で行われているがん診療を見聞すること。がん患者さんの診療場面、カンサーボード、緩和回診、緩和外来は必須ですが、すでに経験しているSBO項目は、指導責任者の判断のもと見学を免除される場合があります。
- ② 実際に相談者との面談を見聞すること。可能なら実際に経験すること。
- ③ がん相談支援センターの業務を理解すること。
- ④ がん相談支援センター等、ネットワークの構成員と顔の見える関係を構築すること。
- ⑤ ナビゲーターが所属するネットワークの中での自分の活動の場を明らかにすること。
- ⑥ 相談者およびネットワークの他の構成員と良好なコミュニケーションを維持することがあります。

これらの見学を通じて倫理面も同時に評価されます。

- ① ナビゲーターの立場を明らかにすること。
- ② 個人情報の取り扱い。
- ③ 守秘義務。
- ④ 医療介入やこれに相当する可能性のある行為は行わない。

見聞または経験した見聞症例の相談シートを記載し指導責任者の指導・評価を得ていただきます。見聞症例のうち2症例のレポートを作成し指導者とのディスカッション内容を記載していただきます。実地見学の審査は、担当したがん患者のうち相談シート記録一覧表、最大2症例のレポート、チェックシートに基づいて認定施設の施設長および指導責任者が見学の修了証明を行います。

\* 指導責任者（日本癌治療学会正会員かつ日本がん治療認定医機構の認定するがん治療認定医の条件を満たし日本癌治療学会が指導責任者として認定した医師）

＊ ＊ 認定見学施設（指導責任者 1 名以上が常勤し、指導責任者の下に十分な指導体制が取られていて以下の項目のいずれかの資格を有し日本癌治療学会が認定見学施設として認定した施設）

- (1) 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設
- (2) 特定機能病院
- (3) がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院，特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院
- (4) その他，施設からの申請に基づき本法人により承認された施設

### 実地見学を受けるための手続き

本学会あてに実地見学申請書に必要事項を記入し以下の書類を添付し提出する。

1. 実地見学申請書
2. 健康診断書（3か月以内のもの）
3. 秘密保持契約書
4. 見学同意書
5. 在職証明書
6. 代替セミナーの認定証、修了証等のコピー

提出書類に不備がないことを確認の上、学会は地域指導責任者と協議し実地見学施設を決定する。

＊ 見学者が所属しているネットワークが、本法人の定める地域医療ネットワークネットワークに該当するかについては、地域指導責任者に確認をすること。

実地場所：認定見学施設、およびその施設のがん相談支援センターを中心とした場所。

指導者：指導責任者、およびがん相談支援センターの相談員等の指導責任者の認める協力者。

相談症例：見聞または経験した相談症例のうちすでに経験しているSBO項目を除く最大10症例の相談シート記録一覧（面談、電話相談、ITを利用した相談、がん地域連携パスの運用支援等を含む）相談症例のうち最大2症例のレポートを作成し指導者とのディスカッション内容を記載したもので評価。

実地見学時の責任：認定見学施設の施設長および指導責任者。

免除：がん相談支援センター相談員研修認定取得コース・継続研修認定更新コースを修了しており、現在がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターで相談員として就労し、所属施設の推薦がある場合。

但し、SBO必須B項目については実際のナビゲーター活動開始までの間に見聞することが望ましい。

### GIO

「実際のがん診療および地域のがん診療ネットワークを理解し、がん患者や家族等の相談者に科学的根拠と、倫理観に基づく信頼できる情報提供を行い、その人らしい生活や治療選択が出来るように支援する。同時に相談者およびネットワークに属する他の支援者と適切なコミュニケーションを構築する。

\* GIOの解説

### 1. 実際のがん診療および地域のネットワークの理解

「認定見学施設＝がんを診断し治療する病院」で行われているがん診療と、「がん相談支援センター」の役割の理解は必須。

ナビゲーターとして活動予定地域のがん医療に関わる地域医療ネットワークの具体的なリソースの存在を知り、検索、接触する方法の理解も必須。

### 2. 倫理観に基づく

最低以下の4項目の倫理性は必須。

- ① ナビゲーターの立場を明らかにすること。
- ② 個人情報の取り扱い。
- ③ 守秘義務。
- ④ 医療介入やこれに相当する可能性のある行為は行わない。

### 3. コミュニケーションを構築する

コミュニケーションは、相談者とナビゲーターの間だけではなく、他の支援者、具体的には、見学病院の主治医、看護師、相談員および地域のリソースに所属している人々とナビゲーターの間。二つのコミュニケーションを構築することが必須。

## SBOとその解説

以下の10個のSBOがあり、各SBOに即したチェック項目がそれぞれの項目に3～4個あります。それぞれA項目（知識があり説明できる）B項目（実践されているところを見聞する）C項目（経験し実践する）に分類されており、報告書にチェックし、見学終了時に指導責任者に確認していただきます。見学者のバックグラウンドや認定見学施設の事情によっては見聞・実践が困難な項目がありますので、その項目は（必至項目ではない）と記載してあります。

### 1. 地域のネットワークの情報を収集し理解する

- A項目:がん相談支援センターの役割と業務を理解する。
- A項目:がん診療連携拠点病院の役割と業務を理解する。
- A項目:他のネットワークの情報を収集し理解する。

\* 地域の実情に応じて以下の情報を得る。

- がん地域連携パス
- 在宅支援診療所
- 訪問看護ステーション
- 緩和ケア病棟
- 居宅介護事業所
- 訪問介護事業所
- がん連地域連携パスに関わる医療機関

- 医科歯科連携に関わる医療機関
- 地域包括支援センター
- ハローワーク

**2. 実際のがん診療の場面を見聞することで、がん診療への理解を深め、患者・家族の抱える困難への認知を深める。**

- B項目：外来に陪席し、がん患者さんの診療の実際を見聞した。
- B項目：カンサーボードに陪席し、EBMに基づく医療の実際を見聞した。（必須項目）
- B項目：緩和外来に陪席または緩和ケアチーム活動を見学し、がん患者さん・ご家族の抱える困難の実際を見聞した。（必須項目）

**3. 相談者への情緒的なサポートを行いコミュニケーションを構築し継続的なアプローチを保証する**

- A項目：コミュニケーションの概念を理解し説明でき、継続的なアクセスを保障する重要性を理解できている。
- B項目：相談者とのコミュニケーションの実際と継続的なアクセスを保障しているところを見聞し、相談症例のレポートを作成し指導者とディスカッションした（最大2症例）。
- C項目：相談者とのコミュニケーションを実践し、継続的なアクセスを保障できた。（必須項目ではない）

**4. 相談者の情報の整理を助け、地域のネットワークを紹介し、つなぐ**

- A項目：相談者が求めるニーズの種類が理解でき、地域のネットワークが理解できている。
- B項目：相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介の実際を見聞した。（少なくとも1症例）
- C項目：相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介を適切に行い実践できた。（必須項目ではない）

**5. 面談・電話・電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する**

- A項目：各面談スタイルの特性と限界を理解できる。
- B項目：各面談スタイルが実践されているところを見聞した。（少なくとも1症例）（電子メールは必須ではない）
- C項目：各面談スタイルを実践し適切に行えた。（必須項目ではない）

**2.3.4.5のいずれかを見聞し（全てを網羅する必要はない）未経験のB項目で必須項目として指定されている最大10症例の相談シートの記録を行い、相談症例を指導者とディスカッションした最大2症例のレポートを作成する。**  
 ※相談シートの記載症例は一つで**2.3.4.5.**の複数のSBOを兼ねても良い。相談シート記載症例から2症例を選択してレポートを作成しディスカッションをおこなっても良い。

**6. 臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する**

- A項目：地域にある臨床試験・治験の内容や種類の知識がある。
- B項目：臨床試験・治験に関する情報提供が実施されてところを見聞した。（必須項目ではない）
- C項目：臨床試験・治験に関する情報提供を適切に連携できた。（必須項目ではない）

**7. 倫理的な側面（ナビゲーターの立場を明らかにすること。個人情報の取り扱い。守秘義務。）に配慮し、医療介入を行わない**

- A項目：倫理的側面を理解し医療介入を行わないことを理解できる。
- B項目：実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わないことが実践されているところを見聞した。
- C項目：実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わなかった。（必須項目ではない）

**8. 認定見学施設やがん相談支援センターと相談・調整しナビゲーター活動を行う場の設定を行い関係を構築・強化する**

- A項目：地域のネットワークの情報を収集しナビゲーターの活動の場を想定する。
- A/B/C項目：担当医療機関やがん相談支援センターと相談し・調整しナビゲーター活動を行う場を決定する。
- C項目：担当医療機関やがん相談支援センターと顔の見える関係を構築する。

**9. がん連地域連携パスの運用支援を行う**

- A項目：地域連携パスの種類や内容が理解できる。
- B項目：地域連携パスの運用支援が実践されているところを見聞した。
- C項目：地域連携パスの運用支援が実践できた（必須項目ではない）

**10. ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションを構築する**

- A項目：Bセッションで学んだ内容を理解できる。
- B項目：多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。
- B項目：緩和回診に参加し多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。  
(必須項目)
- C項目：ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションが構築できた。

※見学施設がナビゲーター見学施設であることを何らかの手段で公表している場合は、見聞の際には指導責任者もしくは協力者の口頭の説明で同意を得た場合は文章による同意書を必ずしも必要としない。ただし、実際に面談を行う場合は文章による同意書を取得する必要がある。

**都道府県がん医療ネットワークナビゲーター地域指導責任者の業務**

1. 地域の実情に応じて実地見学施設の指導責任者と協議を行い、実地見学希望者の見学施設を決定す



- る。
2. 実地見学希望者の問い合わせに応じて、希望者が所属しているネットワークが、本法人の定める地域医療ネットワークに該当するかについて判断を行う。場合によっては制度検討ワーキンググループと協議を行う。
  3. 希望者がネットワークに所属していないと判断された場合は、適切なネットワークに所属するように勧める。

### 指導責任者の業務

1. 都道府県がん医療ネットワークナビゲーター地域指導責任者と協議し、実地見学希望者の受け入れを決定する。
2. がん相談支援センターの相談員等の指導責任者の認める協力者と協力し実地見学希望者と見学スケジュールを調整する。その際、必要なら、外来部門、カンサーボード、緩和ケアチームとの調整を行う。

### 報告書の解説

報告書は以下のシートで構成されています。

- ① 申請書
- ② 相談シート記録一覧 および 相談シート記録一覧（見本）
- ③ 相談症例レポート
- ④ SBO チェック項目一覧表
- ⑤ 相談シート項目（厚労省委託調査対応版）
- ⑥ 相談シート記入要領

相談シートは、相談者から得られた情報を記載するに止め、無理に聴き出して項目全てを記入する必要はありません。

### 申請手続き

本学会あてに申請書に必要な事項を記入し以下の書類を添付し提出する。

1. 相談シート記録一覧
2. 相談症例レポート（最大2症例分）
3. SBO チェック項目一覧表

V1.1.8: 2016年1月3日

V1.1.9: 2016年1月11日

V1.1.10:2016年3月3日

V2. : 2017年5月27日

V3. : 2019年7月23日

V4. : 2019年9月13日

## 各種申請書様式

### Web 申請における注意点

1. Web 申請は、途中で中断した場合、作業中の状態を保存することができません。  
予め申請に必要な書式を本学会ホームページ <http://www.jsco.or.jp/jpn/> からダウンロードし、書類を完成させた上で Web 申請を開始してください。  
  
\* Web 申請でファイル添付を失敗した場合は、メール添付で [navi@jsco.or.jp](mailto:navi@jsco.or.jp) にお送りください。
2. 申請いただいた書類は、原則として返却いたしません。予めご了承ください。

## 実地見学申請

申請に当たっては、下記の1～5の書類が必要です。

1. 申請書【Web入力】
2. 秘密保持に関する誓約書【Web入力】
3. 見学同意書【Web入力】
4. 健康診断証明書【ホームページより入手】または健康診断書【書式自由】
  - \* 医療機関で就労中の方：健康診断証明書 ①
  - \* それ以外の方：健康診断書（3か月以内に受けた一般的な健康診断） ②
5. 在職証明書【ホームページより入手】
  - \* 地域がん医療ネットワークに所属している証明書となります。
  - がん患者さんは、所属しているサロンや患者会で証明していただいでください。

### 1. 申請書【Web入力】

#### 認定がん医療ネットワークナビゲーター制度実地見学申請書

一般社団法人日本癌治療学会  
がん診療連携・認定ネットワークナビゲーター委員会委員長殿

※ 認定がん医療ネットワークナビゲーター認定番号

※ 名前 姓 名

※ ふりがな 姓 名

※ 性別  男性  女性

※ 生年月日 年 月 日

※ 資料送付先  所属施設  自宅

※ 宛先 〒 住所検索

都道府県

市区町村番地

マンション/ビル名

## 2. 秘密保持に関する誓約書【Web 入力】

**秘密保持に関する誓約書**

私は、実地見学を行うにあたり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1 実地見学者は、正当な理由がない限り、利用者に対する情報提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- 2 実地見学者は、この守秘義務は契約終了後も同様です。

※ 回答  承諾します  承諾しません

## 3. 見学同意書【Web 入力】

**見学同意書**

私は、貴学会の認定がん医療ネットワークナビゲーターの実地見学（以下「実地見学」という）を受けるにあたり、以下のことに同意いたします。

1. 実地見学中は、諸規則を遵守し、実地見学指導者に従う。
2. 実地見学中に知りえた情報については厳重に管理し、他に漏洩しない。
3. 見学に関する報告書を作成して提出する。
4. 上記に記載された事項のほか、認定見学施設より受けた指示については、これを守る。

※ 回答  同意する  同意しない

※ 健康診断書または健康診断証明書  選択されていません

下記のいずれかを提出してください。  
・一般の方は健康診断書（3ヶ月以内に受けたもの）  
・医療機関で就労の方は健康診断証明書（別途用紙あり）

## 4. 健康診断証明書【ホームページより入手】①

**健康診断証明書** (見本)

氏 名  
生年月日  
住 所

上記の者は、認定がん医療ネットワークシニアナビゲーターの実地見学に従事可能な健康状態であることを証明する。

年 月 日

施 設 名  
住 所  
担当医師名 印

5. 在職証明書【ホームページより入手】

在職証明書

(見本)

ID

ふりがな

氏 名

生年月日

現 住 所

名 称

部 署

所 在 地

電話番号

業務内容

契約期間

勤務時間

備考

上記の通りであることを証明いたします。

年 月 日

名称

代表者

印

## 実地見学報告書

実地見学の際は、必ず、1～3の書類を印刷し持参してください。

1. 相談シート記録一覧【ホームページより入手】  
最大10症例を記入（記入例を参考にしてください）  
記入後、実地見学施設の指導責任者と施設長の署名が必要となります。
2. 相談症例レポート【ホームページより入手】  
少なくとも1症例の提出（免除のない方は必ず2症例分を添付してください）。
3. SBOチェック項目一覧表【ホームページより入手】

### 1. 相談シート記録一覧【ホームページより入手】

#### 記入例

以下について相談シート記録一覧に記入できます。記入例を見て頂き、できるだけ詳しく記入して下さい。

1. 外来に陪席し、がん患者さんの診療の実際を見聞
2. キャンサーボードに陪席し、EBMに基づく医療の実際を見聞（10症例の内1症例まで）
3. 緩和外来・回診に陪席し、患者さん・ご家族の抱える困難に対するチーム医療の実際を見聞
4. 緩和外来・回診に陪席し、がん患者さん・ご家族の抱える困難の実際を見聞
5. がん地域連携パスは下記項目を満たしたもの（10症例の内2症例まで、レポートは1症例まで）
  - ①患者の希望の確認 ②連携希望先の検討 ③連携調整 ④連携依頼 ⑤連携先の決定
  - ⑥連携同意書の取得
6. 電話相談の見聞についても、必ず相談者の了承が必要です。（10症例の内2症例まで）

SBO No.	実施日時						相談内容（相談シート項目番号）もしくは地域連携パスの概要	指導責任者 確認欄
	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日		
1	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	60歳女性卵巣がん 緩和外来 化学療法中 本人より痛みの相談 痛みの原因の検査等について説明するのを見学した。	<input type="checkbox"/>
2	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	キャンサーボードに陪席 50代男性胃がん 横断的に診断・治療方針を決めるのを見学した。（リンパ節・肺転移あり）	<input type="checkbox"/>
3	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	70代男性膵臓癌再発 家族からの相談（子供） 今後の治療に対しての不安と介護について相談された。不安を軽減できるように対応しているところを見学した。	<input type="checkbox"/>

2. 相談症例レポート【ホームページより入手】

1	相談内容の概要 (見本)		
2	対応の概略		
3	感想		
4	倫理的側面		
	ナビゲーターであることを説明した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	個人情報の取り扱いに留意した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	守秘義務があることを明言し守れた	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	医療介入を行わなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	指導責任者とのディスカッション内容		

SBOチェック項目一覧表

SBO	内容	実施確認欄
<b>1.地域のネットワークの情報を収集し理解する</b>		
A項目	がん相談支援センターの役割と業務を理解する。	<input type="checkbox"/>
A項目	がん診療連携拠点病院の役割と業務を理解する。	<input type="checkbox"/>
A項目	他のネットワークの情報を収集し理解する。	<input type="checkbox"/>
<b>2. 実際のがん診療の場面を見聞することで、がん診療への理解を深め、患者・家族の抱える困難への認知を深める。</b>		
B項目	外来に陪席し、がん患者さんの診療の実際を見聞した。。	<input type="checkbox"/>
B項目	カンサーボードに陪席し、EBMに基づく医療の実際を見聞した。(必須項目)	<input type="checkbox"/>
B項目	緩和外来に陪席または緩和ケアチーム活動を見学し、がん患者さん・ご家族の抱える困難の実際を見聞した。(必須項目)	<input type="checkbox"/>
<b>3. 相談者への情緒的なサポートを行いコミュニケーションを構築し継続的なアプローチを保証する</b>		
A項目	コミュニケーションの概念を理解し説明でき、継続的なアクセスを保障する重要性を理解出来ている。	<input type="checkbox"/>
B項目	相談者とのコミュニケーションの実際と継続的なアクセスを保障しているところを見聞し、相談シートの記録を行った(10症例)。相談症例のレポートを作成し指導者とディスカッションした(最大2症例)。	<input type="checkbox"/>
C項目	相談者とのコミュニケーションを実践し、継続的なアクセスを保障できた。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>4.相談者の情報の整理を助け、地域のネットワークを紹介し、つなぐ</b>		
A項目	相談者が求めるニーズの種類が理解でき、地域のネットワークが理解できている。	<input type="checkbox"/>
B項目	相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介の実際を見聞し、相談シートの記録を行った(10症例)。相談症例のレポートを作成し指導者とディスカッションした(少なくとも1症例)。	<input type="checkbox"/>
C項目	相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介を適切に行い実践できた。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>5.面談・電話・電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する</b>		
A項目	各面談スタイルの特性と限界を理解できる。	<input type="checkbox"/>
B項目	各面談スタイルが実践されているところを見聞し相談シートの記録を行った(10症例)。相談症例のレポートを作成し指導者とディスカッションした(少なくとも1症例)。(電子メールは必須ではない)	<input type="checkbox"/>
C項目	各面談スタイルを実践し適切に行えた。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>6.臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する</b>		
A項目	地域にある臨床試験・治験の内容や種類の知識がある。	<input type="checkbox"/>
B項目	臨床試験・治験に関する情報提供が実施されてところを見聞した。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
C項目	臨床試験・治験に関する情報提供を適切に連携できた。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>7.倫理的な側面(ナビゲーターの立場を明らかにする事。個人情報取り扱い。守秘義務。)に配慮し、医療介入を行わない</b>		
A項目	倫理的側面を理解し医療介入を行わないことを理解出来る。	<input type="checkbox"/>
B項目	実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わないことが実践されている所を見聞した。	<input type="checkbox"/>
C項目	実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わなかった。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>8.認定見学施設やがん相談支援センターと相談・調整しナビゲーター活動を行う場の設定を行い関係を改善・強化する</b>		
A項目	地域のネットワークの情報を収集しナビゲーターの活動の場を想定する。	<input type="checkbox"/>
A/B/C項目	担当医療機関やがん相談支援センターと相談し・調整しナビゲーター活動を行う場を決定する。	<input type="checkbox"/>
C項目	担当医療機関やがん相談支援センターと顔の見える関係を構築する。	<input type="checkbox"/>
<b>9.がん地域連携バスの運用支援を行う</b>		
A項目	地域連携バスの種類や内容が理解出来る。	<input type="checkbox"/>
B項目	地域連携バスの運用支援が実践されている所を見聞した。	<input type="checkbox"/>
C項目	地域連携バスの運用支援が実践できた(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
<b>10.ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションを構築する</b>		
A項目	Bセッションで学んだ内容を理解出来る。	<input type="checkbox"/>
B項目	多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。	<input type="checkbox"/>
B項目	緩和回診に参加し多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。	<input type="checkbox"/>
C項目	ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションが構築出来た。	<input type="checkbox"/>

※経験済みのSBO項目は『経験済み免除』と記載してください。



相談記入シート項目  
(厚生労働省委託調査対応版)  
(参考資料)

項目		該当する選択肢に☐してください。		選択肢で「その他」に☐した場合、( ) 内に具体的内容を記入してください。
1.受付日と症例番号		※症例番号は実施研修での連番を記入		平成 年 月 日/No.
2.相談時間		※相談時間を記入		( ) 分
3.ナビゲーター	●背景	1☐ 福祉職 3☐ 心理職 5☐ 薬剤師 8☐ その他（具体的に記載）	2☐ 看護職 4☐ 事務職 6☐ ピア	( )
	●指導者	1☐ 相談員 8☐ その他（具体的に記載）	2☐ 指導医	( )
4.相談形式		1☐ 対面相談 8☐ その他	2☐ 電話相談 9☐ 地域連携バス	( )
5.相談者	●年齢	※年齢（不明な場合は「999」）を記入		( ) 歳
	●性別	1☐ 男 9☐ 不明	2☐ 女	
	●相談者の カテゴリー	1☐ 患者本人 3☐ 友人・知人 5☐ 医療関係者 8☐ その他	2☐ 家族・親戚 4☐ 一般 9☐ 不明	( )
	●利用回数	1☐ 初めて 9☐ 不明	2☐ 2回目以上	
6.患者本人 の状況	●年齢	※年齢（不明な場合は「999」）を記入		( ) 歳
	●性別	1☐ 男 9☐ 不明	2☐ 女	
	●受診状況	1☐ 自施設入院中 3☐ 他施設入院中 5☐ 受診医療機関なし 8☐ その他	2☐ 自施設通院中 4☐ 他施設通院中 9☐ 不明	( )
	●現在の 治療状況	1☐ 診断なし（精査中含む） 3☐ 治療中 5☐ 経過観察中(概ね治療3ヶ月以降) 8☐ その他	2☐ 治療前（診断後精査中含む） 4☐ 治療後 9☐ 不明	( )
	●がんの状況	1☐ 初発 8☐ その他	2☐ 再発・転移 9☐ 不明	( )
	●がんの部位  ※分類不明な場合は、記入要領及びICD-10を参照してください。	1☐ 眼・脳・神経 3☐ 食道 5☐ 大腸・小腸 7☐ 膵 9☐ 乳房 11☐ 前立腺・精巣 13☐ 甲状腺・副腎 15☐ 骨 17☐ 中皮腫 19☐ 原発不明	2☐ 耳鼻咽喉 4☐ 胃 6☐ 肝・胆 8☐ 肺・縦隔・心臓 10☐ 子宮・卵巣 12☐ 腎・尿管・膀胱 14☐ リンパ・血液 16☐ 皮膚 18☐ 肉腫・腹膜・後腹膜 99☐ 不明	( ) ( ) ( ) ※複数ある場合には主なもの3つの番号を記入

項目	選択肢	実施したすべてに☑	最も比重の高いもの
7. 相談内容	1)がんの治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2)がんの検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3)症状・副作用・後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4)セカンドオピニオン（一般）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5)セカンドオピニオン（受入）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6)セカンドオピニオン（他へ紹介）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7)治療実績	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8)受診方法・入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9)転院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10)医療機関の紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11)がん予防・検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12)在宅医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13)ホスピス・緩和ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14)症状・副作用・後遺症への対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15)食事・服薬・入浴・運動・外出など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16)介護・看護・養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17)社会生活（仕事・就労・学業）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18)医療費・生活費・社会保障制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19)補完代替療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20)不安・精神的苦痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21)告知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22)医療者との関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23)患者－家族間の関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25)患者会・家族会（ピア情報）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88)その他（ ）に具体的な内容を記載	<input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> （ ）	
99)不明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 対応内容	1)傾聴・語りの促進・支持的な対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2)助言・提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3)情報提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4)自施設受診の説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5)他施設受診の説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6)自施設他部門への連携（ ）に具体的に記載	<input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> （ ）
	7)他施設への連携	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8)その他（ ）に具体的な内容を記載	<input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> （ ）
	9)判断不明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「相談シート」記入要領	
1. 受付日と受付番号	
平成 年 月 日 / No.	
2. 相談時間	
相談時間	対応に要した時間（分）を記入。
3. 相談員	
●職種	
1) 福祉職	福祉系の基礎資格（社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格）をもって、相談員として従事している場合を選択。
2) 看護職	看護系の基礎資格（看護師、保健師、助産師）をもって、相談員として従事している場合を選択。
3) 心理職	心理系の基礎資格（臨床心理士等）をもって、相談員として従事している場合を選択。
4) 事務職	事務系のスタッフが、相談員として従事している場合を選択。
8) その他	上記1)～4)に該当しない場合を選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
9) 不明	職種が不明な場合を選択。
●勤務形態	
1) 専従	※専従：その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の少なくとも8割以上当該業務に従事している場合を選択。
2) 専任	※専任：その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の少なくとも5割以上8割未満当該業務に従事している場合を選択。
3) 兼任	※兼任：その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の5割未満当該業務に従事している場合を選択。
8) その他	上記1)～3)に該当しない場合を選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
9) 不明	勤務形態が不明な場合を選択。
4. 相談形式	
1) 対面相談	対面形式での相談に対応した場合を選択。
2) 電話相談	電話での相談に対応した場合を選択。
8) その他	上記1)、2)に該当しない形式での相談に対応した場合を選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
5. 相談者	
●年齢	
相談者の年齢を記入。相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合「999」と記入。	
●性別	
1) 男	相談者が男性の場合を選択。
2) 女	相談者が女性の場合を選択。
9) 不明	相談者の性別が不明な場合を選択。
●相談者のカテゴリー	
1) 患者本人	がんの診断がついている患者本人からの相談の場合を選択。
2) 家族・親戚	がんの診断がついている患者の家族（親・子供・兄弟等）・親戚からの相談の場合を選択。
3) 友人・知人	がんの診断がついている患者の友人・知人からの相談の場合を選択。
4) 一般	がん患者やがん患者の家族等でない人（一般市民・地域住民等）からの相談の場合を選択。
5) 医療関係者	相談者が、自施設あるいは他施設の医療関係のスタッフであり、患者の問題やがん医療についての相談等の対応を行った場合を選択。
8) その他	上記1)～5)に該当しない相談者からの相談の場合を選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合を選択。
●利用回数	
* 相談者の、相談支援センターの利用回数を知るための項目。	
1) 初めて	当該相談支援センターへの相談が初めての場合を選択。
2) 2回目以上	当該相談支援センターへの相談が2回目以上の場合を選択。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合を選択。

## 6.患者本人の状況

●年齢	患者の年齢を記入。相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合「999」と記入。
●性別	
1)男	患者が男性の場合に選択。
2)女	患者が女性の場合に選択。
9)不明	患者の性別が不明な場合に選択。
●受診状況	*相談者が「がん」医療を受けたことがあるかを確認する項目。
1)自施設入院中	患者が自施設に入院中の場合に選択。
2)自施設通院中	患者が自施設に通院中の場合に選択。
3)他施設入院中	患者が他施設に入院中の場合に選択。
4)他施設通院中	患者が他施設に通院中の場合に選択。
5)受診医療機関なし	現在、受診している医療機関がない場合に選択。
8)その他	上記1)～5)に該当しない状況の場合に選択。内容について( )内に具体的に記入。
9)不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●現在の治療状況	
1)診断なし(精査中含む)	患者が「がん」の診断を受けていない状態(診断前精査中含む)である場合に選択。
2)治療前(診断後精査中含む)	患者が「がん」の診断を受けているが、治療(対症療法含め)開始前の状態(精査中・治療開始待ち・経過観察中)である場合に選択。 ⇔治療中や治療後ではない状況。初回治療に限らず。
3)治療中	患者が現在何らかの治療(対症療法含め)を受けている場合に選択。
4)治療後	患者が現在何らかの治療(対症療法含め)が終えた段階である場合に選択。
5)経過観察中(概ね治療3ヶ月以降)	患者が定期的な検診などで経過観察中である場合に選択。
8)その他	上記1)～5)に該当しない状況の場合に選択。内容について( )内に具体的に記入。
9)不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●がんの状況	
1)初発	がんが初発の場合に選択。
2)再発・転移	がんが再発・転移の場合に選択。
8)その他	上記1)、2)に該当しない状況の場合に選択。内容について( )内に具体的に記入。
9)不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●がんの部位	*主要5部位のがん(症例数の多いがん)についてはそれぞれの疾患名で分類。分類不明な場合には、ICD-10を参照のこと。複数回答可。
1)眼・脳・神経	(眼・髄膜・脳・脊髄・中枢神経/C69-C72)
2)耳鼻咽喉	(口唇・舌根・舌・歯肉・口腔底・口蓋・耳下腺・大唾液腺・扁桃・中咽頭・上咽頭・梨状陥凹・下咽頭/C00-C14) (鼻腔・中耳・副鼻腔・喉頭/C30-C32)
3)食道	(食道/C15)
4)胃	(胃/C16)
5)大腸・小腸	(小腸・結腸・直腸S状結腸移行部・直腸・肛門・肛門管/C17-C21)
6)肝・胆	(肝・肝内胆管・胆嚢・胆道/C22-C24)
7)膵	(膵/C25)
8)肺・縦隔・心臓	(気管・気管支・肺・胸腺・心臓・縦隔・胸膜/C33-C39)
9)乳房	(乳房/C50)
10)子宮・卵巣	(外陰部・膣・子宮頸部・子宮体部・卵巣・胎盤/C51-C58)
11)前立腺・精巣	(陰茎・前立腺・精巣/C60-C63)

12)腎・尿管・膀胱	(腎・腎盂・尿管・膀胱/C64-C68)
13)甲状腺・副腎	(甲状腺・副腎・内分泌腺/C73-C75)
14)リンパ・血液	(リンパ・造血組織/C81-C96)
15)骨	(骨・関節軟骨/C40-C41)
16)皮膚	(皮膚/C43-C44)
17)中皮腫	(中皮腫/C45)
18)肉腫・腹膜・後腹膜	(カボジ肉腫・末梢神経・自律神経・後腹膜・腹膜/C46-C49)
19)原発不明	(原発不明/C76-C80)
99) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。がん以外 (がんの診断未) も含める。

## 7.相談内容

実施したすべて選択 (複数選択可)	←相談者の相談内容に関連する項目すべてを選択。(複数選択可)
最も比重の高かった項目を選択	←複数回答した項目のうち、最も比重が高い項目を1つだけ選択。(単数回答)
1)がんの治療	がんに関する「治療」についての相談に対応した場合に選択。
2)がんの検査	がんに関する「検査」についての相談に対応した場合に選択。
3)症状・副作用・後遺症	がんに関する「症状・副作用・後遺症」についての相談に対応した場合に選択。
4)セカンドオピニオン (一般)	「セカンドオピニオンとはどのようなことか」など、セカンドオピニオン一般に関する相談に対応した場合に選択。
5)セカンドオピニオン (受入)	相談員が所属する施設 (自施設) で実施されているセカンドオピニオンに関する相談に対応した場合に選択。
6)セカンドオピニオン (他へ紹介)	他施設で実施されているセカンドオピニオンに関する相談に対応した場合に選択。
7)治療実績	特定の部位の症例数、特定の治療法・術式の実施状況についての相談に対応した場合に選択。
8)受診方法・入院	受診までの流れ・予約方法・診療科・入院・入院生活などについての相談に対応した場合に選択。
9)転院	治療・療養の場の変更に関する相談に対応した場合に選択。
10)医療機関の紹介	どこの医療機関で、治療・ケア・療養が受けられるか等の相談に対応した場合に選択。
11)がん予防・検診	「がん予防・検診」についての相談に対応した場合に選択。
12)在宅医療	在宅医療の提供を受けるには、その実際についてなど「在宅医療」についての相談に対応した場合に選択。
13)ホスピス・緩和ケア	ホスピス・緩和ケアの提供を受けるには、その実際についてなど「ホスピス・緩和ケア」についての相談に対応した場合に選択。
14)症状・副作用・後遺症への対応	現在何らかの症状があり、その不安や日常生活に関する相談に対応した場合に選択。
15)食事・服薬・入浴・運動・外出	がんを抱えての「食事・服薬・入浴・運動・外出」などについての相談に対応した場合に選択。
16)介護・看護・養育	がんを抱えての親や子どもなどの「介護・看護・養育」などについての相談に対応した場合に選択。
17)社会生活 (仕事・就労・学業)	がんを抱えての社会生活「仕事・就労・学業」などについての相談に対応した場合に選択。
18)医療費・生活費・社会保障制度	がんを抱えての「医療費・生活費・社会保障制度」などについての相談に対応した場合に選択。
19)補完代替療法	がんを抱えての「補完代替療法」についての相談に対応した場合に選択。
20)不安・精神的苦痛	がんに伴い生じる漠然とした不安や、強い精神的苦痛に関する相談に対応した場合に選択。
21)告知	告知に関連する相談に対応した場合に選択。
22)医療者との関係・コミュニケーション	医療者との関係やコミュニケーションについての相談に対応した場合に選択。
23)患者-家族間の関係・コミュニケーション	患者-家族間の関係やコミュニケーションについての相談に対応した場合に選択。
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーションについての相談に対応した場合に選択。
25)患者会・家族会 (ピア情報)	同じような状況の人と話してみたいなど「ピア情報」(患者会・家族会やNPO、セミナー等) についての相談に対応した場合に選択。
88)その他	上記1)~25)の項目に該当しない場合に選択。内容について ( ) 内に具体的に記入。
99) 不明	相談内容が不明な場合に選択。

## 8. 対応内容

実施したすべて選択（複数選択可）	←相談者の相談内容に関連する項目すべてを選択。（複数選択可）
最も比重の高かった項目を選択	←複数回答した項目のうち、最も比重が高い項目を1つだけ選択。（単数回答）
1)傾聴・語りの促進・支持的な対応	話を傾聴し、語りを促進する対応を行った場合、支持的な対応をした場合に選択。
2)助言・提案	何らかの助言・提案を行った場合に選択。
3)情報提供	医学的、心理社会的な内容等、何らかの情報提供を行った場合に選択。
4)自施設受診の説明	自施設の受診方法について説明した場合に選択。
5)他施設受診の説明	他施設の受診方法について説明した場合に選択。
6)自施設他部門への連携	自施設の他部門に紹介するなど、他部門との連携を図った場合に選択。
7)他施設への連携	他の医療機関に紹介するなど、他施設との連携を図った場合に選択。
8)その他	上記1)～7)の項目に該当しない場合に選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
9)判断不明	対応内容が判断できない場合に選択。

## 9. 評価

●相談支援センターに関する情報 入手経路	
1)医療機関スタッフ	医療機関のスタッフから相談支援センターの情報を得ている場合に選択。
2)パンフレット	パンフレットから相談支援センターの情報を得ている場合に選択。
3)家族・友人・知人	家族・友人・知人から相談支援センターの情報を得ている場合に選択。
4)インターネット	インターネットから相談支援センターの情報を得ている場合に選択。
5)同病者やその家族・患者会	同病者やその家族・患者会から相談支援センターの情報を得ている場合に選択。
8)その他	上記1)～5)の項目に該当しない場合に選択。内容について（ ）内に具体的に記入。
9)不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●対応内容への評価	
1)役に立つ	「役に立った」との評価であった場合に選択。
2)役に立たない	「役に立たなかった」との評価であった場合に選択。
3)どちらでもない	「どちらでもない」との評価であった場合に選択。
9)判断不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●相談支援センターの今後の活動 についての要望	相談支援センターの今後の活動に関する要望が得られた場合、内容について（ ）内に具体的に記入。

ここであげた相談記入シート上の項目は、以下の3つを目的としています。

1. 相談支援センターで対応している相談者の分布（実態）を把握するため
2. どのような「がん情報」を優先的に作成していくかについて基礎データを得るため
3. 相談者から提供した情報や支援についてのフィード・バックを受けることにより、サービスの向上とその意識をもつため

記入に際しては、忙しい業務の中でむずかしいかもしれませんが、できるだけ相談者に聞くようにしてください。

例：「相談支援センターの今後のサービス向上のため、いくつか質問させていただけないでしょうか」

## シニアナビゲーター申請

実地見学で作成した報告書 2・3・4 と一緒にシニアナビゲーターの申請を行ってください。

1. 申請書【Web 入力】
2. 2. 相談シート記録一覧【ホームページより入手】
3. 3. 相談症例レポート【ホームページより入手】
4. 4. SBO チェック項目一覧表【ホームページより入手】

### 1. 申請書【Web 入力】

#### 認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター申請書

一般社団法人日本癌治療学会  
がん診療連携・認定ネットワークナビゲーター委員会委員長殿

※ 名前	姓	名
※ ふりがな	姓	名
※ 性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
※ 生年月日	--- ▼ 年 - ▼ 月 - ▼ 日	
※ 資料送付先	<input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 自宅	
※ 宛先	〒	住所検索
	都道府県	
	--- ▼	
	市区町村番地	
	マンション/ビル名	
※ 電話番号	-	-
※ メールアドレス（携帯メール以外推奨）		確認のためもう一度入力してください。



## 認定実地見学施設申請

### 1. 申請書【Web入力】

### 2. 診療・教育体制詳細【ホームページより入手】

がん診療連携拠点病院は、1.申請書のみで申請できます。

がん診療連携拠点病院以外の施設は、1.申請書と一緒に 2.診療・教育体制詳細をホームページより入手し、申請してください。

### 1. 認定実地見学施設申請書

#### navi施設

#### 施設情報

施設名

所在地

〒  -  住所検索

都道府県

---

市区町村番地

マンション/ビル名

電話番号

#### 本学会との窓口情報

氏名

姓  名

所属部署名

その他の施設

(2) 診療・教育体制詳細

1. 概要

診療科目	<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>	診療内科
	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	形成外科
	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	麻酔科
	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科	<input type="checkbox"/>	病理診断科	<input type="checkbox"/>	救急科	<input type="checkbox"/>	感染症内科
	<input type="checkbox"/>	その他	( )					
病床数								床
1日平均外来者数								名
常勤 医師数								名
常勤 歯科医師数								名
常勤 看護師数								名
常勤 薬剤師数								名
がん患者年間取扱件数 (入院・外来を問わず年間の実診療患者数)								名

2. IRB

施設IRB開催回数						回
審査課題数						件
承認課題数						件
添付議事録の開催日 (複数ある場合は直近)		年		月		日

### 3. 病理

病理学会認定 病理専門医数				名
病理学会認定 口腔病理専門医数				名
専門医認定証 病理医（1名）氏名				
上記病理医の所属施設	<input type="checkbox"/>	自施設	<input type="checkbox"/>	他施設
	他施設の場合は施設名			
術中迅速病理診断が実施可能	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
病理医との症例検討が実施できる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
病理専門医が自施設に常勤していない場合は、右欄に具体的対応を入力してください。	術中迅速診断			
	症例検討			
剖検				

4. 緩和

緩和ケア診療加算に関する施設基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
緩和ケア病棟	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
緩和ケアチーム	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
緩和医療体制について				

5. 救急

ICU	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
夜間・休日の血液・生化学検査の実施	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能
夜間・休日のレントゲン撮影	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能
夜間・休日のCT撮影	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能

6. 放射線治療

放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし		
	<input type="checkbox"/>	放射線治療のみに従事する医師/歯科医師がいる				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は、放射線診断医が兼務している				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療のみに従事する医師、兼務する放射線診断医、いずれも不				
放射線治療のみに従事する医師	常勤		名	非常勤		名
放射線治療のみに従事する歯科医師	常勤		名	非常勤		名
放射線治療設備「なし」で「基本的に同一の病院に紹介する」場合、右欄に入力してください。	放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	紹介先施設名					
	年間紹介患者数					
					名	

放射線治療設備「なし」で「ケースバイケースで他院に紹介する」場合、右欄に入力してください。	放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	紹介先施設名 1					
	紹介先施設名 2					
	紹介先施設名 3					
	施設 1 への年間紹介患者数					名
	施設 2 への年間紹介患者数					名
	施設 3 への年間紹介患者数					名

放射線治療設備「なし」で「その他」の場合、右欄に具体的対応を入力してください。	放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	具体的な内容					