

# がん登録の概要と 全国がん登録の届出項目

2017年11月20日 全国がん登録説明会(2023年9月30日一部改正)

長野県がん登録室 田仲 百合子



しあわせ信州

Shinshu University Hospital

# 届出対象になる“がん”

① すべての 悪性新生物及び上皮内がん

悪性新生物とは  
国際的に統一された新生物のための分類であるICD-O-3において悪性又は上皮内癌に分類された腫瘍とします。

② すべての 脳腫瘍・中枢神経腫瘍  
脊髄腫瘍、髄膜腫瘍、脳神経腫瘍など

良悪性を問わない

③ 境界悪性の卵巣腫瘍  
のう胞腺腫、のう胞腫瘍  
漿液性表在性乳頭腫瘍

④ 消化管間質腫瘍(GIST)



# 以下も届出対象になる

Paget病、ボウエン病

菌状息肉症、セザリー病

悪性組織球症、レットレル・ジーベ病(ランゲルハンス細胞性組織球症)、  
ハンド-シュラー-クリスチャン病

H鎖病(重鎖病): アルファ重鎖病、ガンマ重鎖病、ミュー重鎖病

マクログロブリン血症(ワルデンストレームマクログロブリン血症)、骨髄腫症、  
形質細胞腫、フランクリン病、免疫増殖性疾患、急性汎骨髄症、急性骨髄線維症

赤血球増加症(多血症)、慢性骨髄増殖性疾患、血小板血症、不応性貧血、  
骨髄異形成症候群(MDS)、前白血病

CINⅢ(子宮頸部上皮内腫瘍,Ⅲ度) など



しあわせ信州

# 届出の必要な患者

当該病院等における初回の診断が行われた患者

## 初回の診断とは

当該病院等において、当該がんに関して初めての、診断及び／又は治療等の診療行為のこと。

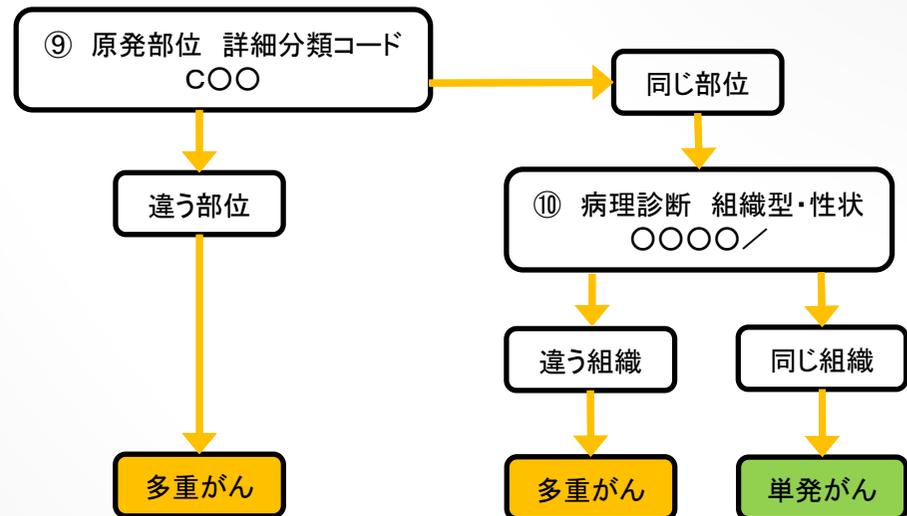
入院・外来を問わず、自施設において、当該腫瘍について初診し、診断及び／又は治療等の対象となった腫瘍が届出の対象です。

- 例) 鎮痛剤による疼痛コントロール → 届出の対象
- 貧血症状の改善目的の輸血 → 届出の対象
- 術後リハビリテーション → 届出の対象
- がん患者のがんと関係ない骨折の治療 → 届出不要

# 多重がん

- がん登録の単位は  
“1腫瘍=1登録”です。  
(1人=1登録ではありません。)
- 多重がんの場合、腫瘍の数に応じた届出が必要になります。

複数の腫瘍のある場合



チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称	長野県 国立大学法人 信州大学医学部附属病院			
②診療録番号	(全半角16文字)			
③カナ氏名	シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名	氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性			
⑥生年月日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令			
⑦診断時住所	都道府県選択	(全半角40文字)		
	市区町村以下			
⑧側性	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両側 <input type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明			
腫瘍の種類	⑨原発部位			
	⑩病理診断	組織型・性状		
診断情報	⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断		
	⑫治療施設	<input type="checkbox"/> 1.自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明		
		<input type="checkbox"/> 2.自施設で初回治療を開始		
		<input type="checkbox"/> 3.他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続		
		<input type="checkbox"/> 4.他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診		
⑬診断根拠	<input type="checkbox"/> 1.原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2.転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3.細胞診			
⑭診断日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令			
⑮発見経緯	<input type="checkbox"/> 1.がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 <input type="checkbox"/> 3.他疾患の経過観察中の偶然発見			
進行度	⑯進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤		
	⑰進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明		
初回治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
	⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
	⑲内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
	⑲観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1.腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4.腫瘍遺残あり <input type="checkbox"/> 6.観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9.不明		
	⑲放射線療法	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
	⑲化学療法	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
	⑲内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
⑲その他治療	<input type="checkbox"/> 1.自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明			
⑲死亡日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令			
備考	(全半角128文字)			

患者基本情報  
(施設情報)

患者基本情報  
(個人識別情報)

腫瘍情報

診断情報

進行度

初回治療情報

死亡日・備考

患者基本情報

腫瘍情報

初回の治療情報



## 患者基本情報(施設情報) ①～②

チェックすると入力できるようになります

 全国がん登録届出票①

①病院等の名称	長野県 国立大学法人 信州大学医学部附属病院							
②診療録番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		(全半角16文字)					
③カナ氏名	シ	ナガノ	(全角カナ10文字)	メイ	ミホン	(全角カナ10文字)		
④氏名	氏	長野	(全角10文字)	名	見本	(全角10文字)		
⑤性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性							
⑥生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令		1950	年	6	月	15	日
⑦診断時住所	都道府県選択	長野県				(全半角40文字)		
	市区町村以下	長野市大字南長野字幅下692-2						



しあわせ信州

# 患者基本情報(施設情報) ①～②

## ①病院等の名称

記載されている医療機関名を確認して下さい。

## ②診療録番号

いわゆるカルテ番号(ID番号)です。

患者情報の問い合わせの際に必要です。



## 患者基本情報(個人識別情報) ③~⑦

チェックすると入力できるようになります

 全国がん登録届出票①

①病院等の名称	長野県 国立大学法人 信州大学医学部附属病院				
②診療録番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (全半角16文字)				
③カナ氏名	シ	ナガノ (全角カナ10文字)	メイ	ミホン (全角カナ10文字)	
④氏名	氏	長野 (全角10文字)	名	見本 (全角10文字)	
⑤性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性				
⑥生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 1950 年 6 月 15 日				
⑦診断時住所	都道府県選択	長野県 (全半角40文字)			
	市区町村以下	長野市大字南長野字幅下692-2			



しあわせ信州

# 患者基本情報(個人識別情報) ③～⑦

## ③カナ氏名

氏名に対応するカタカナ

## ④氏名

住民票、戸籍と同じ漢字でお願いします。

入力できない漢字は、備考欄に正式な漢字の参考情報をお知らせください。

アルファベット・カタカナでの記入でも可です。

通称が判明している場合、備考欄にご記入ください。

外国籍の方は、備考欄にわかる範囲で国籍をご記入ください。

氏名不詳の場合は氏・名それぞれに全角ハイフン(ー)を記入してください



# 患者基本情報(個人識別情報) ③～⑦

## ⑤性別

住民票、戸籍の性別

生物学的な性別が異なる場合、備考欄にご記入ください。

## ⑥生年月日

不明の場合は9999年99月99日と記入してください

## ⑦診断時住所

市町村名も略さずに記入して下さい。

(都道府県名—(郡)—市区町村—町・字—地番…)

アパート名、部屋番号までお願いします。

不明の場合は住所不明と記入してください



# 腫瘍の種類 ⑧～⑩

⑤性別		<input checked="" type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性
⑥生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令    1950 年 6 月 15 日
⑦診断時住所	都道府県選択	長野県 <small>(全半角40文字)</small>
	市区町村以下	長野市大字南長野字幅下692-2
腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明
	⑨原発部位	大分類
		詳細分類
	⑩病理診断	組織型・性状



# 腫瘍の種類 ⑧～⑩

## ⑧側性

原発部位の側性

1 右側

2 左側

3 両側※

7 側性なし

9 不明



しあわせ信州

# 側性のある臓器

唾液腺(耳下腺・顎下腺・舌下腺)、扁桃(扁桃窩、扁桃口蓋弓など)

鼻腔・中耳、耳・外耳道の皮膚、副鼻腔の一部(上顎洞、前頭洞)

主気管支・肺、胸膜

眼瞼の皮膚、その他の顔面の皮膚、体幹の皮膚、

上肢の皮膚・末梢神経(肩甲部含む)、下肢の皮膚・末梢神経(股関節部含む)

上肢・肩甲骨の骨、下肢の骨、肋骨・鎖骨など、骨盤骨など

上肢・肩の軟部組織、下肢・股関節部の軟部組織

乳房、卵巣・卵管、精巣・副睾丸

腎・腎盂・尿管、眼球・涙腺、副腎・頸動脈小体

※ 上記以外の臓器はすべて「7. 側性なし」を選択してください。

## 注意

間違いやすい臓器

肝・脳・甲状腺等は  
(がん登録上)側性は  
ありません



## 腫瘍の種類 ⑧～⑩

### ⑧側性

以下の腫瘍のみ**両側**が認められています。

- (1) 卵巣腫瘍(ただし、同じ組織形態のみ)
- (2) 腎芽腫(ウィルムス腫瘍)
- (3) 網膜芽細胞腫

これら以外で左右両側に原発した場合は、**左右それぞれ異なる腫瘍**として届出情報を作成してください。



# 腫瘍の種類 ⑧～⑩

⑤性別		<input checked="" type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	
⑥生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令	
⑦診断時住所		都道府県選択	長野県 (全半角40文字)
		市区町村以下	長野市大字南長野字幅下692-2
腫瘍の種類	⑧側性		<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明
	⑨原発部位	大分類	
		詳細分類	
	⑩病理診断	組織型・性状	



## 腫瘍の種類 ⑧～⑩

### ⑨原発部位

選択肢から原発部位を必ず一つ選択してください。

原発部位に関し補足する情報があれば、備考欄にご記入ください。

**診断名ではなく、届け出るがんの原発部位をご報告ください。**

診断名	原発部位(例)	備考
食道癌	胸部食道	
大腸癌	盲腸	
転移性肺癌(大腸癌からの肺転移)	横行結腸	
転移性肺癌(転移を伴う肺癌)	肺下葉	全国がん登録では転移部位は登録されません。
転移性肺癌(原発部位不明)	原発不明	
悪性リンパ腫	胃体部	節外性では原発の臓器
悪性リンパ腫	頸部リンパ節	節性では原発のリンパ節
慢性骨髄性白血病	骨髄	ICD-O-3では白血病の原発部位はすべて「骨髄」となります。
骨肉腫	大腿骨	その他、骨軟部腫瘍、褐色細胞腫、悪性黒色腫等、診断名に原発部位が含まれない場合、特にご注意ください。
悪性中皮腫	胸膜	

全国がん登録及び標準的な院内がん登録では、ICD-O-3(国際疾病分類－腫瘍学－第3版)の局在コードに基づき分類します。



しあわせ信州

腫瘍の種類

⑧側性

1. 右  2. 左  3. 両側  7. 側性なし  9. 不明

⑨原発部位

大分類

詳細分類

脳、脊髄、脳神経その他の中枢神経系

髄膜

頭頸部、甲状腺

食道

胃、小腸

盲腸・結腸、直腸、肛門

肝、胆管、胆のう

膵

肺・気管

腎

膀胱、尿管、腎盂、尿道

前立腺、陰茎、陰のう、その他

精巣、卵巣

子宮頸部・膣

子宮体部・子宮

外陰、胎盤、その他

乳房

皮膚

骨軟部

悪性リンパ腫

白血病、骨髄、血液

その他

⑩病理診断

組織型・性状

⑪診断施設

⑫治療施設

腫瘍の種類	⑨原発部位	大分類	頭頸部、甲状腺
		詳細分類	
診断	⑩病理診断	組織型・性状	口唇（口唇の皮膚を除く） 舌（舌根部を除く） 歯肉 口腔底 硬口蓋 軟口蓋（軟口蓋の鼻咽頭表面を除く） 頬粘膜 口腔 耳下腺 顎下腺 舌下腺 大唾液腺 中咽頭 上咽頭（鼻咽頭） 下咽頭 鼻腔 中耳 上顎洞 副鼻腔 喉頭 涙腺 甲状腺
	⑪診断施設		
	⑫治療施設		



# 腫瘍の種類 ⑧～⑩

腫瘍の種類	⑧側性		<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	頭頸部、甲状腺	
		詳細分類	甲状腺	C73.9
	⑩病理診断	組織型・性状		
⑪診断施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断		



# 腫瘍の種類 ⑧～⑩

## ⑩病理診断

選択肢から腫瘍の形態を必ず一つ選択してください。

細胞診、生検、手術の摘出標本の病理診断の結果をもとに記載。

全国がん登録及び標準的な院内がん登録では、ICD-O-3(国際疾病分類－腫瘍学－第3版)の形態コードに基づき分類します。

の 種 類	⑨原発部位	詳細分類	甲状腺	C73.9
	⑩病理診断	組織型・性状		
診 断	⑪診断施設		未分化癌 乳頭状腺癌 濾胞腺癌 髄様癌 小細胞癌 ゆう状癌 上皮内癌 上皮内扁平上皮癌 扁平上皮癌 微小浸潤性扁平上皮癌 リンパ上皮癌 シュナイダー癌(鼻腔・副鼻腔)	
	⑫治療施設		腺癌 腺様のう胞癌 神経内分泌癌 粘表皮癌 のう胞腺癌 浸潤性導管癌 腺房細胞癌 腺扁平上皮癌 上皮－筋上皮性癌 多形性腺腫内癌(唾液腺) 癌肉腫 悪性筋上皮腫 嗅神経芽腫(鼻腔) 悪性黒色腫 肉腫 悪性リンパ腫 悪性腫瘍	



# 診断根拠が顕微鏡的(病理学的)診断でない時に用いてよい形態コード

形態コード	組織診断名	形態コード	組織診断名
<b>8000</b>	<b>新生物・腫瘍, NOS※</b>	9350	頭蓋咽頭腫
8150	膵内分泌腫瘍	9380	グリオーマ
8151	インスリノーマ	9384/1	上皮下巨細胞性アストロサイトーマ
8152	腸グルカゴン腫瘍	9500	神経芽腫<神経芽細胞腫>
8153	ガストリノーマ	9510	網膜芽腫<網膜芽細胞腫>
8154	膵内分泌・外分泌細胞混合腫瘍	9530	髄膜腫, NOS
8160/3	胆管細胞癌※※	9531	髄膜皮性髄膜腫
8170	肝細胞癌	9532	線維性髄膜腫
8270	嫌色素性腺腫/癌(下垂体腫瘍)	9533	砂粒腫性髄膜腫
8271	プロラクチノーマ(下垂体腫瘍)	9534	血管腫性髄膜腫
8272	下垂体腺腫/癌, NOS	9535	血管芽腫性髄膜腫
8280	好酸性腺腫/癌(下垂体腫瘍)	9537	移行型髄膜腫
8281	好酸性・好塩基性混合腺腫/癌(下垂体腫瘍)	9538	明細胞髄膜腫/乳頭状髄膜腫
8720	黒色腫(眼又は皮膚に原発の場合)	9539	異型髄膜腫
8800	肉腫, NOS	9590	リンパ腫
8960	腎芽腫	9732	多発性骨髄腫
9100	絨毛癌	9761	ワルデンストレームマクログロブリン血症
9140	カポジ肉腫	9800	白血病, NOS

※NOS Not Otherwise Specified 他に何らの説明や記載のないもの、詳細不明

※※日本独自ルール

## 腫瘍の種類 ⑧～⑩

### ⑩病理診断

分化度、細胞型(血液腫瘍)までお願いします。(備考欄に記入してください)

補足する情報があれば、備考欄に記入してください。



## 診断情報 ⑪～⑮

腫瘍の種類	⑨原発部位	大分類	頭頸部、甲状腺	
		詳細分類	甲状腺	C73.9
	⑩病理診断	組織型・性状	乳頭状腺癌	8260/3
診断情報	⑪診断施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	



# 診断情報 ⑪～⑮

## ⑪ 診断施設

最初に“がん”と診断した施設についてです。(最も確からしい検査を行った施設)

- 1 自施設診断 当該がんの初回治療前に行われた、診断目的の検査のうち、「がんと診断する根拠となった検査が、**自施設に受診後**に実施された場合
- 2 他施設診断 当該がんの初回治療前に行われた、診断目的の検査のうち、「がんと診断する根拠となった検査が、**自施設に受診前**に実施された場合

他施設への依頼検査で診断した場合は、“**1. 自施設診断**”です。



# 診断情報 ⑪～⑮

## ⑪ 診断施設

最も確からしい検査とは、以下のうち、最も数字の小さい検査とします。

- 1 原発巣の組織診(病理組織診によるがんの診断)
- 2 転移巣の組織診(病理組織診によるがんの診断)
- 3 細胞診(病理組織診ではがんの診断無し)
- 4 部位特異的腫瘍マーカー(によるがんの診断)
- 5 臨床検査(画像診断も含む)(によるがんの診断)
- 6 臨床診断(1～5を伴わないもの)(によるがんの診断)
- 9 不明



# 診断情報 ⑪～⑮

腫瘍の種類	⑧側性		<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	頭頸部、甲状腺	
		詳細分類	甲状腺	C73.9
⑩病理診断	組織型・性状		乳頭状腺癌	8260/3
診断情報	⑪診断施設		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	



## 診断情報 ⑪～⑮

### ⑫治療施設

初回治療を行った施設についてです。

#### “初回治療”の定義

- 診断が終了した後で、がんの縮小・切除を目的に当初に計画された治療の範囲です。
- はっきりしない場合には、診断からおおよそ4ヶ月間の治療を“初回治療”と考えて下さい。
- 治療効果が思わしくないために追加した治療や、再発後に実施された治療は含みません。
- 「経過観察」の決定も初回治療に含みます。
- 血液腫瘍の場合、初回寛解導入までに用いられたすべての治療～維持療法までが初回治療です。



# 診断情報 ⑪～⑮

## ⑫治療施設

### 1 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明

自施設で初回治療方針を決定したが、治療の施行は他施設へ紹介・依頼した場合。  
あるいは他施設診断症例で、治療目的に紹介されたが、自施設では治療は行わず、  
他施設へ紹介した場合。または、初回治療方針決定前に患者が来院しなくなった場合。

### 2 自施設で初回治療を開始

当該がんの初回治療に関する決定が行われ、その実施が開始された場合。“経過観察”の決定かつ実行も含む。



## 診断情報 ⑪～⑮

### ⑫治療施設

3 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続

初回治療開始後に、**自施設で初回治療を継続**して行った場合。

4 他施設で初回治療を終了後に、自施設を受診

他の医療機関で、初回治療終了後に自施設を受診した場合。**自施設受診後の治療の有無は問わない。**

8 その他

**死体解剖**で初めて診断された場合。



## 診断情報①①～①⑤

診断情報	①②治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他
	①③診断根拠	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明
	①④診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日



## 診断情報①①～①⑤

### ①③ 診断根拠

自施設、他施設に関わらず、患者の全経過を通じて、“がん”の診断の根拠となった最も確かな検査を判断するための項目

#### “がん”の診断

- がん登録では必ずしも病理学的な確定診断を要しません。  
(細胞診、組織診がなくても、“がん”です。)
- 医師が“がん”だと思った時点で診断です。  
→ がん登録の届出対象の症例になります。

# 診断情報⑪～⑮

## ⑬ 診断根拠

自施設、他施設に関わらず、患者の全経過を通じて、“がん”の診断の根拠となった最も確かな検査を判断するための項目

- 1 原発巣の組織診 白血病等での骨髄穿刺細胞診も含む。
- 2 転移巣の組織診
- 3 細胞診※ 白血病および悪性リンパ腫の一般血液検査も含む。
- 4 部位特異的腫瘍マーカー※
- 5 臨床検査(画像診断も含む)
- 6 臨床診断 検査無しでの診断です。
- 9 不明



## ⑬ー3. 細胞診

以下の3種類が**細胞診**です。

- (1) 剥離細胞診(喀痰、尿沈渣、腔分泌物など)
- (2) 擦過/吸引洗浄細胞診(主に内視鏡による)あるいは洗浄細胞診
- (3) 白血病および悪性リンパ腫の一般血液検査



## ⑬-4. 部位特異的腫瘍マーカー

以下の4種類のみが**部位特異的腫瘍マーカー**です。

(1)AFP → 肝細胞癌

(2)HCG → 絨毛癌

(3)VMA → 神経芽細胞腫

(4)免疫グロブリン → ワルデンストレームマクログロブリン血症

PSA、CEAなど、その他のマーカーは含まれません。



# 診断情報 ⑪～⑮

診断情報	⑫治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他
	⑬診断根拠	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明
	⑭診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日



## 診断情報 ⑪～⑮

### ⑭ 診断日

初回治療前の診断のため行った検査のうち「がん」と診断する根拠となった検査を行った日

- ⑪ 診断施設が「1. 自施設診断」のときは、自施設診断日
- ⑪ 診断施設が「2. 他施設診断」のときは、そのがんのために、初めて患者が自施設を受診した日



# 診断情報 ⑪～⑮

報	⑬診断根拠	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診	<input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診	<input type="checkbox"/> 3. 細胞診
		<input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 5. 臨床検査	<input type="checkbox"/> 6. 臨床診断
		<input type="checkbox"/> 9. 不明		
	⑭診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦	<input type="checkbox"/> 4. 平	<input type="checkbox"/> 5. 令
		2016	年	10
			月	6
			日	
	⑮発見経緯	<input type="checkbox"/> 1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例		
		<input type="checkbox"/> 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見		
		<input type="checkbox"/> 4. 剖検発見		
		<input type="checkbox"/> 8. その他		
		<input type="checkbox"/> 9. 不明		
進行度	⑯進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input type="checkbox"/> 410. 限局	<input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移
		<input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず
		<input type="checkbox"/> 499. 不明		
	⑰進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input type="checkbox"/> 410. 限局	<input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移
		<input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後
		<input type="checkbox"/> 777. 該当せず		
		<input type="checkbox"/> 499. 不明		



# 診断情報 ⑪～⑮

## ⑮ 発見経緯

診断の“きっかけ”についての項目です。

自施設、他施設を問わず、当該がんに関して初めて医療機関を初診した際の状況を、判断します。

### 1 がん検診・健康診断・人間ドック

「がん検診」の他、老人健康診査や自主的に受診する健康診断、あるいは人間ドックでの結果により、医療機関を受診した場合。

### 3 他疾患の経過観察中の偶然発見

自施設、他施設を問わず、他の疾患で経過観察中に実施された検査などにより、偶然発見されたもの。

入院時一般検査での発見は“3. 他疾患の～”です。

第1“がん”を診断中に偶然に第2“がん”を発見した場合は、“3. 他疾患の～”です。



# 診断情報 ⑪～⑮

## ⑮ 発見経緯

診断の“きっかけ”についての項目です。

自施設、他施設を問わず、当該がんに関して初めて医療機関を初診した際の状況を、判断します。

### 4 剖検発見

**死体解剖**で初めて診断された場合。Ai(オートプシー・イメージング＝死亡時画像診断)で初めて診断された場合を含みます。

### 8 その他

1,3,4 に当てはまらないもの。

自覚症状による受診を含む。

### 9 不明

診断にいたる発端が不明の場合。



# 進行度 ①⑥～①⑦

進行度	①⑤発見経緯	<input type="checkbox"/> 1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見 <input type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	①⑥進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
	①⑦進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
切	観血的治療	①⑧外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		①⑨鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		①⑩内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明



## 進行度 ①⑥～①⑦

### ①⑥進展度・治療前

治療前の検査で判明した“がん”の拡がりです。

400 上皮内

410 限局

420 領域リンパ節転移

430 隣接臓器浸潤

440 遠隔転移

777 該当せず

499 不明

複数の区分に該当する場合、より高い進展度の区分を選択します。例えば、領域リンパ節転移と隣接臓器浸潤の知見が両方認められる場合、隣接臓器浸潤を選択します。



# 進行度 ①⑥～①⑦

## ①⑥進展度・治療前

### 進展度区分

基底膜構造をもつ、上皮組織層 (epithelial layer) に発生した「癌腫」のみに適用されます。

400 上皮内

組織の基底膜下にごん細胞が入り込んでいない状態

大腸癌(結腸癌、直腸癌)の場合は基底膜を越えていても粘膜筋板より内側(粘膜内)にとどまっているもの。

410 限局

がんが発生元の器官に限定して存在する状態

420 領域リンパ節転移

がん発生元の器官と直結したリンパ節への転移が認められる状態

430 隣接臓器浸潤

がんが発生元の器官と隣接する器官の境界を越えて進展した状態

440 遠隔転移

がん細胞が発生元器官から離れて身体の他の部位に移動して新たな病巣で増殖を始めている状態

例外 卵巣がんのみ 腹膜(播種)転移 → “430. 隣接臓器浸潤”



# 進行度 ①⑥～①⑦

## ①⑥進展度・治療前

### 進展度区分の定義適用の例外

#### 悪性リンパ腫

限局	1つのリンパ節領域 限局性の1つのリンパ節外臓器又は部位
隣接臓器浸潤	限局と遠隔転移の定義を満たさない
遠隔転移	リンパ節外臓器のびまん性又は多発性侵襲 孤立性のリンパ節外臓器及び遠隔リンパ節侵襲

#### カポジ肉腫

限局	粘膜、皮膚、内臓のいずれか1つに病変
隣接臓器浸潤	粘膜、皮膚、内臓のいずれか2つに病変
遠隔転移	粘膜、皮膚、内臓のすべてに病変

悪性リンパ腫及びカポジ肉腫については、上皮内及び領域リンパ節転移に相当する進展度はありません。



## 進行度 ①⑥～①⑦

### ①⑥進展度・治療前

777 該当せず

白血病、多発性骨髄腫(局在コードが C42.0 又は C42.1)の場合、適用します。

499 不明

容易な適用は避けて、進展度区分の判断に必要な情報がない場合、適用します。

原発巣が不明(局在コードが C80.9)の場合、適用します。



# 進行度 ①⑥～①⑦

進行度	①⑥進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input checked="" type="checkbox"/> 410. 限局	<input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移	<input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤
		<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明	
初	①⑦進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input type="checkbox"/> 410. 限局	<input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移	<input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤
		<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明
	①⑧外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	
	①⑨鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	
	①⑩内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	



## 進行度 ①⑥～①⑦

### ①⑦進展度・術後病理学的

手術標本等の結果における“がん”の拡がりです。

400 上皮内 410 限局 420 領域リンパ節転移 430 隣接臓器浸潤 440 遠隔転移

660 手術なし・術前治療後

手術なし・手術の前に、初回治療が開始された場合、適用します。

777 該当せず

499 不明

複数の区分に該当する場合、より高い進展度の区分を選択します。例えば、領域リンパ節転移と隣接臓器浸潤の知見が両方認められる場合、隣接臓器浸潤を選択します。

# 初回治療情報 ⑱～㉕

進行度	⑯進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明
	⑰進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input checked="" type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明
初回治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑳内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉑観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
	㉒放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉓化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉔内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
㉕その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	



## 初回治療情報 ⑱～㉔

⑱外科的治療の有無

⑲鏡視下治療の有無

㉔内視鏡治療の有無

1 自施設で施行

2 自施設で施行なし 「治療施設」が 1,4,8 の場合、必ず適用します

9 施行の有無不明

症状の緩和を目的に行われた治療は含みません。



## 初回治療情報 ⑱～㉔

腫瘍の焼灼ではなく、切除の手段としてレーザー等を用いた手術は、”⑱ 外科的治療”。

開頭手術における光学機器による視野を用いた病巣切除術は、”⑱ 外科的治療”。

胸腔鏡、腹腔鏡による手術の他、皮膚等に切開を加えてカメラを挿入し、その視野を用いて行われる手術(補助下手術)は、”⑲ 鏡視下治療”。

自然開口部以外を介した光学機器による視野を用いて行われるロボット手術は、”⑲ 鏡視下治療”。

経管腔的内視鏡手術(NOTES:Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)は、”⑲ 鏡視下治療”。

自然開口部経由であっても、管腔壁(消化管・尿路・産道等)に侵入路を切開等の手技で作成・挿入する場合、”⑲ 鏡視下治療”。



## 初回治療情報 ⑱～㉔

前立腺癌の HoLEP手術のように、内視鏡的視野を用いた場合、“㉔ 内視鏡的治療”。

鏡視下で途中から開胸等に移行は“㉓ 鏡視下治療”、(予定外の開胸等の場合)

内視鏡後に追加で開腹切除は“㉔ 内視鏡的治療”、(予定外の開腹の場合)



# 初回治療情報 ⑱～㉕

初回治療	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑳内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉑観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし	<input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり	<input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
	その他治療	㉒放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉓化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉔内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉕その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明



## 初回治療情報 ⑱～㉕

### ㉑)外科的・鏡視下・内視鏡治療の範囲

- 1 腫瘍遺残なし
- 4 腫瘍遺残あり
- 6 観血的治療なし

自施設で外科的、鏡視下、内視鏡的治療のいずれも行われていない場合、必ず適用します。

「治療施設」が 1,4,8 の場合、必ず適用します



# 初回治療情報 ⑱～㉕

## ㉑外科的・鏡視下・内視鏡治療の範囲

### 9 不明

実施の有無不明又は腫瘍遺残の有無不明

原発巣、転移巣を切除し、腫瘍遺残のない場合は、“1. 腫瘍遺残なし”。

原発巣の切除を伴わない転移巣切除の場合は、“4. 腫瘍遺残あり”。

「⑱ 外科的 ⑲ 鏡視下 ⑳ 内視鏡的治療」のいずれも「2. 自施設で施行なし」の場合は、“6. 観血的治療なし”。



# 初回治療情報 ⑱～㉕

初回治療	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑳内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉑観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし	<input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり	<input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし
	その他治療	㉒放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉓化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉔内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉕その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明



## 初回治療情報 ⑱～㉕

㉒放射線療法の有無

㉓化学療法の有無

㉔内分泌療法の有無

㉕その他の治療の有無

1 自施設で施行

2 自施設で施行なし 「治療施設」が 1,4,8 の場合、必ず適用します

9 施行の有無不明

最初の診断に引き続き行われた当該がんの縮小・消失を意図した、診療計画等に記載されたものとします。

症状の緩和を目的に行われた治療は含みません。



## 初回治療情報 ⑱～㉕

甲状腺 I-131 内用療法等の内照射療法は、“㉒ 放射線療法”。

分子標的薬と放射線同位元素を組み合わせて両方の作用により、腫瘍の縮小・消失を目的とする治療は、“㉓ 化学療法”と“㉒ 放射線療法”。

血管塞栓術も併用した肝動脈化学塞栓療法（TACE: Transcatheter Arterial Chemoembolization）のような併用療法の場合、“㉓ 化学療法”と“㉕ その他の治療”。

血液腫瘍におけるステロイド単剤療法は“㉔ 内分泌療法”（SEER 規則に準じる）。

エストロゲン依存性腫瘍に対する卵巣摘出術、前立腺癌に対する精巣摘出術は“㉔ 内分泌療法”。

血管塞栓術、光線焼灼術（レーザー）、電磁波焼灼術（RFA 等）、エタノール注入療法（PEIT）等は“㉕ その他の治療”。

免疫療法は、“㉕ その他の治療”。



## 死亡日・備考情報 ②⑥～備考

初回治療	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑳内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉑観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし	<input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり	<input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし
	その他治療	㉒放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉓化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉔内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉕その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
②⑥死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	<input type="checkbox"/> 4. 平	<input type="checkbox"/> 5. 令	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
備考					(全半角128文字)



# 死亡日・備考情報 ②⑥～備考

## ②⑥死亡日

自施設で死亡した場合のみ記入して下さい。(お看取りをした場合も含む)

他施設に紹介した場合には空欄で結構です。

## 備考

腫瘍に関するより詳しい情報がありましたら記入してください。

「⑩ 病理診断」項目の6桁目異形度・分化度・免疫学的表現型を記入してください。



# 届出情報の作成

届出対象の患者について、当該病院等が、当該がんに関して計画した一連の診断及び／又は治療等の初回の診療行為が終了したときに作成します。

例)

診断・治療のパターン	情報の作成時期
自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他施設に紹介時</li> <li>・患者来院中断が明らかになった時</li> </ul>
自施設で初回治療を開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画された一連の初回治療の終了時</li> <li>・初回治療方針「経過観察」の決定時</li> </ul>
他施設で初回治療開始後に自施設に受診して初回治療を継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画された一連の初回治療の終了時</li> </ul>
他施設で診断、初回治療終了後自施設を受診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自施設受診時</li> </ul>
剖検で初めて発見されたがん	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断確定時</li> </ul>



# 届出の期間

当該がんの診断年の翌年末までと定められています(がん登録等の推進に関する法律施行規則第10条)。

例)

診断日	届出期限
2020年1月10日	2021年12月31日
2020年12月28日	
2021年1月5日	2022年12月31日



しあわせ信州