

# 悪性新生物患者届出票 秘

事務局  
使用欄

受付番号

受付年月日

使事  
務局

医療機関	名称		照会先所属		届出者		
貴院患者ID			性別	生年月日			
姓・名 (漢字)			1 男 2 女	0 西暦	年 月 日		
				1 明治			
2 大正							
3 昭和							
4 平成							
診断時住所							
診断名	左右 両側臓器のみ記載	1 右 2 左 9 不明 3 両側(卵巣、腎芽腫、網膜芽腫)		病理診断名  詳細をお願いします			
	部位 臓器名と詳細部位	(例 胃U, 肺S2, など)					
悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載							
診断情報	初発・ 治療開始後	1 初発(自施設で診断かつ/もしくは初回治療) 2 治療開始後(前医で当該腫瘍の初回治療を開始した以降)・再発					
	診断根拠 (複数回答可)	1 原発巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー (PSA、AFP、HCG、VMA、免疫グロブリン高値) 5 臨床検査 6 臨床診断			患者の全経過を通じて、がん と診断する根拠となった検査 に○(初回治療前の診断に限 定しない)		
	診断日	自施設 診断日	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成			・初回治療前に自施設で実施した検査 のうち、診断根拠の番号の最も小さい 検査の検体採取日や検査日 ・治療開始後・再発では自施設初診日	
		初回 診断日	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成			前医で診断された場合や治療開始後・ 再発の場合は、初めて診断された日を 分かる範囲で必ず記入	
発見経緯	1 がん検診 2 健診・人間ドック 3 他疾患の経過観察中 4 剖検 9 自覚症状・その他・不明						
病期	病巣の拡がり	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明			初発の場合、病巣の拡がりか UICCTNMのどちらかは必ず記入		
	UICC TNM*	T	N	M	ステージ	(地域がん登録では病巣の拡がりを集計する。病 巣の拡がりに記入がなければTNM分類やその他 の情報からコード化する)	
	その他	深達度、腫瘍径など病巣の拡がりの判定に役立つ情報があれば、ご記入ください。					
初回治療	観血的治療	手術	1 有 2 無				
		体腔鏡的	1 有 2 無				
		内視鏡的	1 有 2 無				
		観血的治療を総合 した治療結果	原発巣切除 ( 1 治癒切除 2 非治癒切除 3 治癒度不明) 4 姑息・対症療法・転移巣切除・試験開腹 9 不詳				
	その他の 治療	放射線	1 有 2 無				
		化学療法	1 有 2 無				
免疫療法		1 有 2 無					
内分泌療法	1 有 2 無						
その他							
死亡年月日	0 西暦 年 月 日 1 平成						
備考							

・手術施行の場合術後評価を優先  
・術前化学・放射線治療後手術の場合は治療前評価を優先  
・再発では記載不要