

山口県地域がん登録届出票		(秘) (H27)		事務局 使用欄	受付番号 受付年月日	使 務 局
医療機関 (スタンプ印等でも 構いません)	名称	診療科		届出者(医師又は担当)		
貴院患者ID (フリガナ)		性別	生年月日			
姓・名		1 男 2 女 3 他 性転換している 場合は3に該 当	0 西暦 1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和 4 平成			
診断時住所						
診断名	左右 両側臓器のみ記載 肺と乳房は必須	1 右 2 左 9 不明 3 両側		病理診断名	例)肝細胞がん 例)高度分化型腺がん 等 生検と術後病理診断が異なる場合は、後 者を優先してご記入ください	
	部位 臓器名と詳細部位 (原発の部位を記載)	(例 胃U. 肺S2など) 白血病は「骨髄」、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 再発・治療開始後 3 疑い例				
	診断方法 (複数回答可)	1 原発巣の組織診: 原発巣からの病理組織診断(骨髄穿刺も含む)によるがん診断 2 転移巣の組織診: 転移巣からの病理組織診断によるがんの診断 3 細胞診: 喀痰、尿検査、腔分泌物などによる剥離細胞診、ファイバースコープなど による擦過あるいは吸引細胞診、洗浄細胞診を含む 造血器腫瘍の一般的血液検査も含む 4 部位特異的腫瘍マーカー: AFPやPSAなど CEAやCA19-9は部位特異的ではない 5 臨床検査: 画像診断、内視鏡・体腔鏡・手術内眼所見を含む 6 臨床診断: 上記1~5を伴わない視触診				患者の全経過を通じて、 がんを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		・初回治療前に貴院で実施した検査のうち、診断方法の 番号が最も小さい検査の検体採取日や検査日。ただし、 診断方法6の場合は、入院日、初診日をご記入ください。 ・前医で診断された場合は、貴院の初診日を必ずご記入 ください。	
		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再発・治療開始後の場合は、 初めて診断された日が分かればご記入ください	
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 その他・不明(自覚症状も含む)					
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			初発時の「病巣の拡がり」は、必ずご記 入ください	
	UICC TNM	T	N	M	ステージ	(第7版 第7版以外) どちらかに、○をつけてください
	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。				
治療法	観血的治療	1 手術		1 有 2 無		
		2 体腔鏡的(胸腔鏡・腹腔鏡)		1 有 2 無		
		3 内視鏡的		1 有 2 無		
	観血的治療を総合した治療結果 転移巣のみの切除は4に該当します		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	1 放射線		1 有 2 無		
		2 化学療法(分子標的療法含む)		1 有 2 無		
3 免疫療法		1 有 2 無				
4 内分泌療法		1 有 2 無				
9 その他		1 有(記入例:TAE, PEIT, 温熱療法、レーザー治療、 ラジオ波焼灼術) 2 無				
死亡年月日	0 西暦 1 平成 年 月 日		(死亡症例の場合は、分かれば記載)			
自由記載欄	症例のデータベース化、既存データとの照合、罹患の集計に必要と考えられるそのほかの情報があれば、ご記入ください。					

■の項目は必須です。それ以外についても、分かる範囲ですべてご記入ください。