

全国がん登録に関する医療機関向け説明会
届出情報の作成・移送等に関する補足事項

茨城県保健福祉部保健予防課

1 届出情報の作成について

診断日が平成 27 年 12 月 31 日までの場合：茨城県地域がん登録届出票により作成。

診断日が平成 28 年 1 月 1 日からの場合：全国がん登録届出票により作成。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----|-------|--------|----|------|-----|-------------------|--------------------------------------|-----|---------------------------|--|-------|-----------|-------|--------|-----------------------------|--|-----|---|---|-------|--|--|-------|--------------|--|--|---------|----------------|--------|------------------|-------|--------------------------------|-----|-----------------------------|-----|--|-------|---|--------|------------------------------------|-----|---|-------|-------------------|-------|----------------|-------|--|-------|--|-------|--|------|--|-------|--|----------|--|-------------|---|------|--|------|--|-------|--|-----------|---|--------|--|-------|--|--------|--|--------|--|------|---|----|-------------------------------------|
| 診 断 日 | 平成 27 年 12 月 31 日まで | 平成 28 年 1 月 1 日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使 用 す る 届 出 票 | <p>茨城県地域がん登録届出票</p> <p>様式第 1 号 茨城県地域がん登録届出票 秘 (医療機関用) 注：* 欄は事務局で使用のために記入しないでください。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>医療機関 名称</td> <td>診療科</td> <td>届出医師名</td> </tr> <tr> <td>貴院患者ID</td> <td>性別</td> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td>姓・名</td> <td>1 男 2 女 3 他</td> <td>0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2">* 欄は事務局で使用のために記入しないでください。</td> </tr> <tr> <td>診 断 名</td> <td>定 位 部位</td> <td>病理診断名</td> </tr> <tr> <td>診 断 情報</td> <td>初発・再発 1 初発 2 再発・治療開始後</td> <td>診断根拠 1 原病巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー 5 臨床検査 6 臨床検査</td> </tr> <tr> <td>病 期</td> <td>病巣の広がり 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</td> <td>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(自覚症状も含む)</td> </tr> <tr> <td>治 療 法</td> <td>観血的治療 1 手術 2 体腔鏡的(腹腔鏡、胸腔鏡) 3 内視鏡的</td> <td>その他治療 1 放射線 2 化学療法 3 免疫療法 4 内分泌療法 9 その他</td> </tr> <tr> <td>死亡年月日</td> <td colspan="2">0 西暦 4 平成</td> </tr> </table> | 医療機関 名称 | 診療科 | 届出医師名 | 貴院患者ID | 性別 | 生年月日 | 姓・名 | 1 男 2 女 3 他 | 0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 住 所 | * 欄は事務局で使用のために記入しないでください。 | | 診 断 名 | 定 位 部位 | 病理診断名 | 診 断 情報 | 初発・再発 1 初発 2 再発・治療開始後 | 診断根拠 1 原病巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー 5 臨床検査 6 臨床検査 | 病 期 | 病巣の広がり 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 | 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(自覚症状も含む) | 治 療 法 | 観血的治療 1 手術 2 体腔鏡的(腹腔鏡、胸腔鏡) 3 内視鏡的 | その他治療 1 放射線 2 化学療法 3 免疫療法 4 内分泌療法 9 その他 | 死亡年月日 | 0 西暦 4 平成 | | <p>全国がん登録届出票</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 全国がん登録届出票①</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>①病院等の名称</td> <td>国立がん研究センター中央病院</td> </tr> <tr> <td>②診療録番号</td> <td>123456 (全半角16文字)</td> </tr> <tr> <td>③カカ氏名</td> <td>シ ツキジ (全角10文字) ×イ トミオ (全角10文字)</td> </tr> <tr> <td>④氏名</td> <td>氏 葉地 (全角10文字) 名 富雄 (全角10文字)</td> </tr> <tr> <td>⑤性別</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性</td> </tr> <tr> <td>⑥生年月日</td> <td><input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 5 年 1 月 1 日</td> </tr> <tr> <td>⑦診断時住所</td> <td>東京都中央区築地5-1-1 NOCアパートメント (全半角40文字)</td> </tr> <tr> <td>⑧側性</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>⑨原発部位</td> <td>胃、小腸 胃体部 C16.2</td> </tr> <tr> <td>⑩病理診断</td> <td>腺癌 異型度Ⅲ 低分化</td> </tr> <tr> <td>⑪診断施設</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断</td> </tr> <tr> <td>⑫治療施設</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療せず、他施設で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</td> </tr> <tr> <td>⑬診断根拠</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>⑭診断日</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 平成 2016 年 1 月 4 日</td> </tr> <tr> <td>⑮発見経緯</td> <td><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明</td> </tr> <tr> <td>⑯進展度・治療前</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <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"/> 999. 不明</td> </tr> <tr> <td>⑰進展度・術後病理学的</td> <td><input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" 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"/> 999. 不明</td> </tr> <tr> <td>⑱外科的</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>⑲鏡視下</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>⑳内視鏡的</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>㉑観血的治療の範囲</td> <td><input type="checkbox"/> 1. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明</td> </tr> <tr> <td>㉒放射線療法</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>㉓化学療法</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>㉔内分泌療法</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>㉕その他治療</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>㉖死亡日</td> <td><input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td>国立がん研究センター西病院に初回治療を目的で紹介 (全半角128文字)</td> </tr> </table> | ①病院等の名称 | 国立がん研究センター中央病院 | ②診療録番号 | 123456 (全半角16文字) | ③カカ氏名 | シ ツキジ (全角10文字) ×イ トミオ (全角10文字) | ④氏名 | 氏 葉地 (全角10文字) 名 富雄 (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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 5 年 1 月 1 日 | ⑦診断時住所 | 東京都中央区築地5-1-1 NOCアパートメント (全半角40文字) | 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 | 胃、小腸 胃体部 C16.2 | ⑩病理診断 | 腺癌 異型度Ⅲ 低分化 | 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療せず、他施設で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 checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 平成 2016 年 1 月 4 日 | ⑮発見経緯 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明 | ⑯進展度・治療前 | <input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <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"/> 999. 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. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" 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"/> 999. 不明 | 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. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input checked="" 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 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. 平成 年 月 日 | 備考 | 国立がん研究センター西病院に初回治療を目的で紹介 (全半角128文字) |
| 医療機関 名称 | 診療科 | 届出医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貴院患者ID | 性別 | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓・名 | 1 男 2 女 3 他 | 0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | * 欄は事務局で使用のために記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 断 名 | 定 位 部位 | 病理診断名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 断 情報 | 初発・再発 1 初発 2 再発・治療開始後 | 診断根拠 1 原病巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー 5 臨床検査 6 臨床検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病 期 | 病巣の広がり 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 | 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(自覚症状も含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治 療 法 | 観血的治療 1 手術 2 体腔鏡的(腹腔鏡、胸腔鏡) 3 内視鏡的 | その他治療 1 放射線 2 化学療法 3 免疫療法 4 内分泌療法 9 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡年月日 | 0 西暦 4 平成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①病院等の名称 | 国立がん研究センター中央病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②診療録番号 | 123456 (全半角16文字) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③カカ氏名 | シ ツキジ (全角10文字) ×イ トミオ (全角10文字) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④氏名 | 氏 葉地 (全角10文字) 名 富雄 (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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 5 年 1 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦診断時住所 | 東京都中央区築地5-1-1 NOCアパートメント (全半角40文字) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 胃、小腸 胃体部 C16.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩病理診断 | 腺癌 異型度Ⅲ 低分化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療せず、他施設で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 checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 平成 2016 年 1 月 4 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮発見経緯 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑯進展度・治療前 | <input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <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"/> 999. 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. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" 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"/> 999. 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input checked="" 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 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. 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 国立がん研究センター西病院に初回治療を目的で紹介 (全半角128文字) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 茨城県地域がん登録と全国がん登録の届出項目対応表（－：対応項目なし）

| 茨城県地域がん登録 | | 全国がん登録 | | |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|-----------|
| 医療機関名称 | | ①病院等の名称 | | |
| 診療科 | | － | | |
| 届出医師名・届出担当者名 | | －【担当者名→届出申出書に記載】 | | |
| 貴院患者 ID | | ②診療録番号 | | |
| － | | ③カナ氏名 | | |
| 姓・名 | | ④氏名 | | |
| 性別 | | ⑤性別 | | |
| 生年月日 | | ⑥生年月日 | | |
| 住所 | | ⑦診断時住所 | | |
| 診断名 | 左右 | 腫瘍の種類 | ⑧側性 | |
| | 部位 | | ⑨原発部位 | |
| | 病理診断名 | | ⑩病理診断 | |
| 診断情報 | 初発・再発 | 診断情報 | － | |
| | － | | ⑪診断施設 | |
| | － | | ⑫治療施設 | |
| | 診断根拠 自施設診断日 初回診断日 | | ⑬診断根拠 | |
| | 診断日 | | ⑭診断日 | |
| 発見経緯 | ⑮発見経緯 | | | |
| 病期 | 病巣の広がり | 進行度 | ⑯進展度・治療前 | |
| | UICC TNM | | ⑰進展度・術後病理学的 | |
| | その他（自由記載欄） | | － | |
| 治療法 | 観血的治療 | 初回治療 | 観血的治療 | ⑱外科的 |
| | | | | ⑲鏡視下 |
| | | | | ⑳内視鏡的 |
| | | | | ㉑観血的治療の範囲 |
| | その他の治療 | | ㉒放射線療法 | |
| | | | ㉓化学療法 | |
| | | | －（免疫療法→その他治療） | |
| | | | ㉔内分泌療法 | |
| | | | ㉕その他治療 | |
| | | | 手術 | |
| 体腔鏡的 | | | | |
| 内視鏡的 | | | | |
| 上記治療を統合した治療結果 | | | | |
| 放射線 | | | | |
| 化学療法 | | | | |
| 免疫療法 | | | | |
| 内分泌療法 | | | | |
| その他 | | | | |
| 死亡年月日 | | ㉖死亡日 | | |
| 自由記載欄 | | 備考（自由記載欄） | | |

3 届出情報の移送（郵送）について

(1) 移送（郵送）方法と専用封筒について

従来：県から配布した専用の封筒を用い普通郵便により提出。

（電子データによる提出の場合は、簡易書留等の郵便追跡サービスの利用を推奨している）

今後：県から配布した専用の封筒を用い「特定記録郵便」より提出する。

郵送に係る費用は、料金受取人払いとして県で負担します。なお、平成28年1月1日以降に特定記録郵便として使用できる専用の封筒を各医療機関に配布します。封筒の配布は12月下旬を予定しています。

(2) 電子データによる届出方法について

ア) USB メモリによる届出

メモリに記録された情報を受理した後、メモリをフォーマットして返送します。

※過去に郵送過程で封筒が損傷し、メモリが紛失された事例が報告されています。メモリを郵送する際は、エアークッションで包むなど封筒の隙間から抜け出さないよう対策を取ってください。

イ) CD-R, DVD-R による届出

媒体に記録された情報を受理した後、県で廃棄させていただきます。

4 全国がん登録届出マニュアルについて

全国がん登録届出マニュアルの修正や改訂等については、国立がん研究センターがん対策情報センターホームページに随時公開されます。

ホームページ URL : http://ganjoho.jp/reg_stat/can_reg/national/hospital/index.html

5 その他

全国がん登録に関する情報は、県のホームページにも随時掲載していきますので、茨城県保健福祉部保健予防課総合がん対策グループホームページを御確認くださいませよう願いたします。

ホームページ URL : <http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/catop.html>

The screenshot shows the Ibaraki Prefectural Government website. The header includes navigation links for '携帯サイト' (Mobile Site), 'Foreign Language', and '文字サイズ・色合い変更' (Text Size/Color Change). A search bar is present with the text 'サイト内検索' and a '検索' button. The main content area features a breadcrumb trail: 'ホーム > 茨城で暮らす > 保健・医療 > がん対策～総合がん情報サイトいばらき～'. Below this is a section titled 'がん対策～総合がん情報サイトいばらき～' with a sub-section 'お知らせ' (Notice). The notice contains several bullet points:

- ◆ 茨城県緩和ケア研修会（平成27年10月から平成28年3月開催）の参加者を募集しています。
- ◆ 10月22日：がん県民公開セミナーが開催されます。（開催日は、11月7日及び11月28日です）
- ◆ 10月20日：第25回茨城がん学会の一般演題の募集は締め切りしました。演題の採否については、11月末までに電子メールで御連絡します。
- ◆ 10月20日：全国がん登録届出マニュアル2016に修正がありました。（国立がん研究センターホームページへ）

○お問い合わせ先

茨城県保健福祉部保健予防課総合がん対策グループ

TEL : 029-301-3224 (直通) FAX : 029-301-3239 E-mail : yobo2@pref.ibaraki.lg.jp