

香川県地域がん登録届出票 秘

		事務局 使用欄	受付番号 受付年月日		事務局 使用欄
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		
フリガナ		1 男 2 女	0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日		
姓・名(漢字)					
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			
事務局使用欄	部位コード (ICD-O-3)	C -	病理診断コード (ICD-O-3)	M -	
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 (画像診断、内視鏡・体腔鏡・手術肉眼所見を含む) 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○印をお願い します。(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、 上記診断根拠の番号の最も小さい検査の検 体採日や検査日を記入ください。 ○他施設診断の場合は、当該腫瘍自施設診断日
		初回 診断日	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成		他施設診断の場合、その診断日をわかる範囲で 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 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 所属リンパ管腫転移 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、UICC TNMのいずれかを必ず記入ください。 ※地域がん登録では、病巣の拡がりを集計します。 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します。
	UICC TNM	T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> ステージ <input type="text"/>			
	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		
	その他の治療	観血的治療を総合した 治療結果	原発巣切除 (1 治療切除 2 非治療切除 3 治癒度不明) 4 姑息・対症療法・転移巣切除・試験的開腹 9 不詳		
		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 1 平成 年 月 日				
紹介先等	患者の紹介先のほか、病状等参考になる事項がありましたら記入ください。				

※複写を控えとして保管し、原本を提出してください。

香川県地域がん登録事業