

エラー・警告  
問い合わせが多い箇所

全国がん登録届出票

# 側性

「原発部位不明」(C80.9)の側性は「7側性なし」

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 type="checkbox"/> 7.側性なし <input checked="" type="checkbox"/> 9.不明	
	⑨原発部位	大分類	その他
		詳細分類	原発部位不明
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3

「9不明」はエラー！

※「9不明」は、側性のある臓器で左右が不明な場合と、原発が正中にある場合に選択

(側性のある・なしについては全国がん登録届出マニュアル解説⑧の●側性のある臓器●で再度ご確認ください)

# 診断根拠と組織型性状コード

全過程を通じて行った検査の中で

(他施設の検査情報も含む) もっとも確からしい検査によって組織性状コードが決まる

例1

腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	腎
		詳細分類	腎 (実質)
⑩病理診断	組織型・性状	腎細胞癌	8312/3
診断情報	⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明

矛盾エラー！

～前医からの情報を確認～ (前医からの情報がない場合は自施設での検査結果・臨床診断を優先)

・ 診断根拠が 1 原発巣の組織診～ 3 細胞診の顕微鏡による診断の場合は

組織型・性状コードは「8312/3」○

・ 診断根拠が 4 部位特異的腫瘍マーカー～ 9 不明の場合は組織型・性状コードは「8000/3」(新生物・悪性)を選択

※原発部位C42.0・C42.1：骨髓検査 = 1 原発巣の組織診、末梢血検査 = 3 細胞診

# 治療施設

「8 その他」は  
死体解剖で診断された場合のみ選択

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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他

※通常の届出は「1～4」の中から選択

# 進展度

「777.該当せず」は原発部位が  
C42.0（血液）、C42.1（骨髄）のみ選択可能

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	白血病、骨髄、血液
		詳細分類	白血病、骨髄（マクログロブリン血症を除く）
⑩病理診断	組織型・性状	慢性骨髄性白血病	9863/3
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 checked="" 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 type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 2 月 10 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 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	
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	

※ただし、悪性リンパ腫は、進展度を選択

# 進展度と性状コードの矛盾

性状コードが（ /3）浸潤がんの場合、  
進展度「400上皮内」はエラー

例2

腫瘍の種類	⑨原発部位	大分類	食道		
		詳細分類	胸部食道		C15.1
	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮癌	矛盾エラー！	8070/3
進行	⑬進展度・治療前	<input checked="" 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			

- 性状コード（ /3）が正しい場合は進展度は「400上皮内」以外
- 進展度コード（400上皮内）が正しい場合は性状コードは 8070/2

# 自施設で観血的治療を行っていない場合

自施設で観血的治療がすべて“**施行なし**”であれば  
 「**進展度・術後病理学的**」は**必ず**  
 「**660手術なし・術前治療後**」を選択

※C42.1・C42.2を除く

1 度	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	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

※自施設で観血的治療を行った場合は「**660手術なし・術前治療後**」  
 以外を選択

# その他の治療

外科的・鏡視下・内視鏡的、放射線療法・化学療法・内分泌療法のいずれにも該当しない治療で  
腫瘍の縮小または消失をはかる治療

例3

②⑤その他治療	<input checked="" 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
②⑥死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦	<input type="checkbox"/> 4. 平	<input type="checkbox"/> 5. 令
備考	監視療法 前立腺癌のPSA監視療法は その他の治療に含みません 「2. 自施設で施行なし」選択		

(全半角128文字)

該当あり	該当なし
血管（動脈）塞栓術	胃腸バイパス術
光線焼灼術（レーザー）	ステント留置術
電磁波照術（RFA等）	ストマ造設
エタノール注入療法（PEIT）	CVカテーテル留置
肝癌のTACE（化学療法＋その他の治療）	輸血
造血幹細胞移植	術後リハビリ
免疫療法 など	看取り など

備考欄に治療の内容や詳細を入力してください

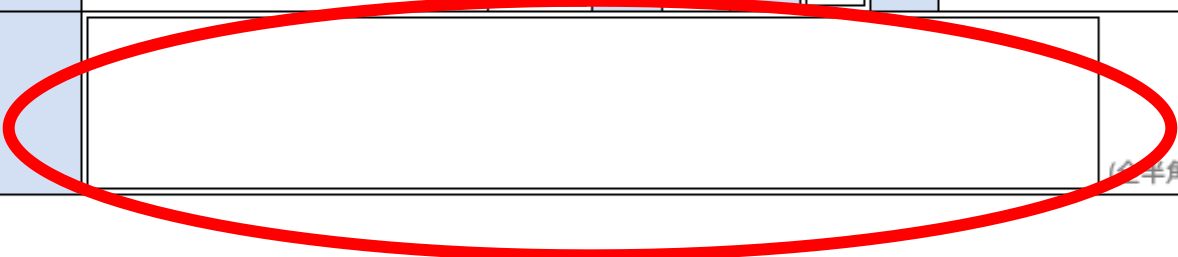
# 死亡日の入力

## 自施設で死亡した場合のみ記入

㊦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	紹介先〇〇病院より2024年2月3日死亡と連絡あり  (全半角128文字)

- ・当該病院で死亡していないときは**空欄のまま**
- ・紹介先の医療機関や親族からの連絡等により把握した場合は、備考欄に入力

# 備考欄への入力項目

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	<input type="text"/>
備考								(全半角128文字)

- ・ カナ氏名、氏名に関すること（ミドルネーム・戸籍統一文字番号・通称名）
- ・ 性別に関すること
- ・ 診断後の住所の異動に関すること
- ・ 紹介元、紹介先病院等に関すること
- ・ 既往のがんに関すること
- ・ 当該がんの詳細な病理診断に関すること
- ・ 治療の詳細
- ・ 自施設以外での死亡日

※同一人物の照合やがん情報の管理に役立ちます。ご協力をお願いします。