

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
用務
欄局

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 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	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 ・他施設診断の場合は、当該腫瘍自施設初診日	
		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 ・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	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 UICC TNMのどちらかは必ず記入		
	UICC TNM*	T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> ステージ <input type="text"/>	(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 貴院における初回 の一連の治療につ いてすべてご記入 ください。 再発では記載不要	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 1 平成	年 月 日			
オプション (自由記載欄)					

兵庫県悪性新生物患者届出票の記入方法について

○ 届出対象者

- ・ 県内の医療機関で発見されたすべてのがん患者

○ 届出疾患

- ・ 全悪性新生物（上皮内がんを含む）
- ・ 頭蓋内の新生物（良性及び性状不詳の新生物を含む）

○ 届出時期（他医からの届出の有無にかかわらず）

- ・ 入院患者は退院時
- ・ 外来患者は治療終了時または検査・治療のために他院に紹介した時
- ・ 患者死亡時

上記のいずれかのうち、一番早い時期。

- 多重がんの場合は、診療内容が全く同じであっても、それぞれの部位について届出票を作成願います。

【お問合せ先】

○ 悪性新生物（がん）登録事業に関するお問合せ先

兵庫県健康福祉部健康局疾病対策課企画調整係

住所：〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1

電話：078-362-3202 FAX：078-362-9474

○ 悪性新生物（がん）患者届出票の記入方法・不足分の請求、送付用封筒不足分の請求等に関するお問合せ先

公益財団法人兵庫県健康財団がん登録室

住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町6-3-1

電話：078-793-9340 FAX：078-793-4841