

全国がん登録実務者研修会

全国がん登録電子届出票作成演習問題

問 題

がん登録に関する参考情報

- ・全国がん登録について

届出マニュアル 電子届出票ダウンロード HosCanRLite 申込 オンライン届出など
がん情報サービス > がん登録・統計 > 全国がん登録 > 病院・診療所向け情報
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/index.html

- ・部位別テキスト

院内がん登録支援> 学ぶ・調べる>

6.部位別テキスト（主要 5 部位）

7.部位別テキスト（主要 5 部位以外）

https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr_info/

<演習問題 1>

患者 ID 1111111

氏名 島根 花子

性別 女

生年月日 昭和 40 年 1 月 1 日

住所 島根県隠岐郡西ノ島町大字美田 9 9 9 9

【診療経過】

2016/4/10 当院での乳がん検診の MMG にて、右乳房に FAD と石灰化が認められ要精検となり、精査のため同日エコー検査施行。

右 D 領域に 2.5cm の腫瘤を認めた。

2016/4/22 ABC（穿刺吸引細胞診）を実施し、乳癌 classV adenocarcinoma(腺癌)と診断。

MMG…マンモグラフィー

FAD…局所的非対称性陰影 focal asymmetric density

届出項目⑯進展度・治療前についての評価がカルテから読みとれなかったため、主治医に確認した。

「全身精査をした訳ではないので分からない」とのことであった。

☑ 全国がん登録届出票 ①

①病院等の名称		島根県 ぽたんクリニック			
②診療録番号		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別		<input 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 type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
⑦診断時住所		(全半角40文字)			
都道府県選択					
市区町村以下					
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 type="checkbox"/> 9. 不明			
	⑨原発部位	大分類			
	⑩病理診断	組織型・性状			
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 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 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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
初回治療	⑱外科的	<input 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			
	⑲鏡視下	<input 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			
	⑳内視鏡的	<input 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			
	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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明			
その他治療	㉔内分泌療法	<input 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			
	㉕その他治療	<input 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
備考		(全半角128文字)			

<演習問題 2>

患者 ID 2222222

氏名 秋田 太郎

性別 男

生年月日 1947 年 1 月 1 日

住所 秋田県秋田市千秋久保田町 7 西津田マンション 9999 号室

【現病歴】

2015.4.1 より萎縮性胃炎と CEA 高値にて当院外来にて定期通院中であった。

2016.1.8 : フォローアップの内視鏡で体中部小彎後壁寄りに発赤調の平坦隆起病変を認めた。早期胃癌疑い生検したところ、tub1 であった。

2016.1.12 : CT 施行。リンパ節や他部位への転移はなかった。

以上より、M,10mm,Type0 IIc,T1a(M),tub1,UL(-)で ESD 適応内病変と判断

2016.1.20 : 予定入院

2016.1.21 : 胃体中部小彎 ESD 施行

<病理診断報告書>

- ・ 占居部位 : M/Less
- ・ 肉眼型分類 : Type 0- II c
- ・ 大きさ : 約 11x11 mm
- ・ 深達度 : pT1a(M)
- ・ 組織型 : tub1 > tub2
- ・ 脈管侵襲 : ly(-), v(-)
- ・ 病巣内の潰瘍, 潰瘍瘢痕の有無 : UL(-)
- ・ 切除断端 : 水平断端 pHM0, 垂直断端 pVM0
- ・ 進行度 : Stage IA

2016.1.30 : 退院。

tub1 Tubular adenocarcinoma, well differentiated

ESD Endoscopic Submucosal Dissection 内視鏡的粘膜下層剥離術

☑ 全国がん登録届出票 ②

①病院等の名称		秋田県 ふきのとう病院			
②診療録番号		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別		<input 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 type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成			
⑦診断時住所		都道府県選択 市区町村以下 (全半角40文字)			
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 type="checkbox"/> 9. 不明			
	⑨原発部位	大分類 詳細分類			
	⑩病理診断	組織型・性状			
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 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 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 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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
初回治療	⑱外科的	<input 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			
		<input 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			
		<input 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			
		<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明			
	⑲観血的治療の範囲	<input 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			
		<input 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			
		<input 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			
		<input 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			
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 日			
備考		(全半角128文字)			

＜演習問題 3＞

患者 ID 3333333

氏名 大阪 一郎

性別 男

生年月日 大正 14 年 1 月 1 日

住所 大阪府吹田市千里 2 0 - 2 5

2016/5/6 右季肋部痛を主訴に救急外来を受診。受診時採血で肝胆道系酵素の上昇あり、CT 上肝内胆管、総胆管の拡張と総胆管内に高輝度の貯留物あり。胆管炎として緊急 ERCP 施行。ENBD チューブを留置して終了。

その後胆管炎は落ち着いたが、5/6 CT 上肝左葉に 75mm 大の腫瘍性病変あり。腫瘍は S2 から肝表面～胃小弯側にむかって浸潤していた。肝細胞癌による閉塞性黄疸、胆管炎の診断。

5/8 胆汁細胞診を行ったが、class II で明らかに悪性とする細胞は認めなかった。

5/15、再度 ERCP を施行し、ENBD チューブを ERBD チューブに入れ替えを行った。

肝細胞癌については、高齢であることや心不全や糖尿病などの基礎疾患あり、積極的治療を希望されず BSC の方針となり、訪問診療や訪問看護などを受け自宅で療養することとなり、5/27 に退院された。

ERCP 内視鏡的逆行性胆膵管造影法 (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography)

ENBD 内視鏡的経鼻(けいび)胆管ドレナージ(Endoscopic nasobiliary drainage)

ERBD 内視鏡的逆行性胆管ドレナージ法 (Endoscopic retrograde biliary drainage)

BSC Best Supportive Care 積極的な治療は行わず、症状などを和らげる治療を行うこと

☑ 全国がん登録届出票 ③

①病院等の名称		大阪府 さくらそう病院			
②診療録番号		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別		<input 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 type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成			
⑦診断時住所		都道府県選択 市区町村以下 (全半角40文字)			
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 type="checkbox"/> 9. 不明			
	⑨原発部位	大分類 詳細分類			
	⑩病理診断	組織型・性状			
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 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 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 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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
初回治療	⑱外科的	<input 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			
	⑲鏡視下	<input 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			
	⑲内視鏡的	<input 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			
	⑲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 type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明			
	⑲放射線療法	<input 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			
	⑲化学療法	<input 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			
	⑲内分泌療法	<input 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			
⑲その他治療	<input 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				
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 日			
備考		(全半角128文字)			

<演習問題 4>

前医からの診療情報提供書

患者氏名 愛媛 次郎

健康診断の便潜血検査陽性にて、本院を受診されました。2015 年 11 月 1 日 PET-CT にて上行結腸への FDG 集積を認め、11 月 15 日生検にて Adenocarcinoma(①tub1 ②tub2>por)の検出あり、上行結腸癌 (cT3N2aM0) と診断され、11 月 30 日に腹腔鏡下右半結腸切除術を施行しました。

術後化学療法として、UFT/LV を計画していましたが、自宅近くの貴院で治療を希望しておりますので、紹介させていただきます。

ご加療のほど、よろしくお願いいたします。

【病理診断結果】

A, 5.5x4.2 cm, 50%, tub2>tub1>>por2, pT3(SS), int. INFb

ly1, v2, PM0, DM0, RM0, pN2a(5/25), EX : なし, PN1a, R0, CurA

自施設での経過

患者 ID 44444444

氏名 愛媛 次郎

性別 男

生年月日 昭和 28 年 1 月 1 日

住所 愛媛県長久手市瀬戸 200-5

<自施設での経過>

2016.01.05 当院初診

2016.01.08~2016.09.26 UFT/LV 5 クール(UFT500mg/LV75mg)

補助化学療法は終了。以後、腫瘍マーカーにて継続フォロー予定

UFT+LV 療法 : テガフル・ウラシル(UFT)+ホリナート(LV)

✓ 全国がん登録届出票 ④

①病院等の名称		愛媛県 みかん病院			
②診療録番号		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別		<input 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 type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成			
⑦診断時住所		都道府県選択 市区町村以下 (全半角40文字)			
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 type="checkbox"/> 9. 不明		
	⑨原発部位	大分類			
		詳細分類			
	⑩病理診断	組織型・性状			
診断情報	⑪診断施設		<input 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 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 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 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		
	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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明		
進行度	⑯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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明		
初回治療	観血的治療	⑰外科的	<input 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		
		⑱鏡視下	<input 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		
		⑲内視鏡的	<input 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		
		⑲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 type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明		
	その他治療	⑳放射線療法	<input 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		
		㉑化学療法	<input 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		
		㉒内分泌療法	<input 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		
		㉓その他治療	<input 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		
㉔死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 年 月 日			
備考		(全半角128文字)			

<演習問題 5>

前医からの診療情報提供書

患者氏名 築地 ハル

平素よりお世話になっております。2014年に当院にて進行胃癌に対して下記手術を施行しました。術後は、他疾患の手術やその合併症により全身状態不良となり、術後補助化学療法は行えず、外来にて経過観察していました。

2016年1月、再発を認めS-1単剤導入しましたが、さらに全身状態悪化し、化学療法継続困難とお伝えしたところ、貴院での緩和ケアを希望されました。

ご多忙のところ恐縮ですが、ご加療よろしくお願いいたします。

【診療経過】

2014.8.28 進行胃癌に対し当院で開腹幽門側胃切除（pT4aN2M0stageⅢB）

2014.10.7 肺癌に対し当院で胸腔鏡下左肺上葉切除

2014.10.21 心疾患に対し当院心臓血管外科で手術

2014.10.25 術後穿孔性腹膜炎に対し緊急手術。腹膜炎手術による全身状態不良のため、術後補助化学療法は施行できず。以後外来で経過観察

2016.3.12 外来フォロー中、腫瘍マーカー（CA19-9）上昇みとめ、CT施行。
胃体部癌の傍大動脈リンパ節再発と診断。

2016.4.1 S-1開始

2016.7.14 全身状態悪化のため今後の化学療法継続は困難と判断し、ケモ中止。

S-1療法：テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤(S-1)

自施設での経過

患者ID 5555555

氏名 築地 ハル

性別 女

生年月日 昭和2年1月1日

住所 東京都中央区築地5丁目9999-9

2016.8.2 自施設初診。同日入院し、胃体部癌の再発に対して疼痛治療と対症療法を開始した。

2016.12.6 死亡退院

☑ 全国がん登録届出票 ⑤

①病院等の名称		東京都 イチヨウ医院			
②診療録番号		<div></div> (全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	<div></div> (全角カナ10文字)	メイ	<div></div> (全角カナ10文字)
④氏名		氏	<div></div> (全角10文字)	名	<div></div> (全角10文字)
⑤性別		<input 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 type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日			
⑦診断時住所		都道府県選択 <div></div> (全半角40文字) 市区町村以下 <div></div>			
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 type="checkbox"/> 9. 不明		
	⑨原発部位	大分類	<div></div>		
		詳細分類	<div></div>		
	⑩病理診断	組織型・性状	<div></div>		
診断情報	⑪診断施設		<input 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 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 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 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		
	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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明		
進行度	⑯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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明		
初回治療	観血的治療	⑰外科的	<input 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		
		⑱鏡視下	<input 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		
		⑲内視鏡的	<input 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		
		⑳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 type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明		
	その他治療	㉑放射線療法	<input 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		
		㉒化学療法	<input 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		
		㉓内分泌療法	<input 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		
		㉔その他治療	<input 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		
㉕死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日			
備考		<div></div> (全半角128文字)			