

## 岡山県がん登録届出票



※ 太枠内は必ずご記入下さい。

|                              |  |                 |  |                       |  |                           |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|------------------------------|--|-----------------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|----------|--|-------|--|---|--|
| 医療機関名                        |  | 診療科             |  | 医療機関コード               |  | 33-                       |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 貴院患者ID<br>(右詰)               |  |                 |  | 性別                    |  | 生年月日                      |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 性・名                          |  |                 |  | 1. 男<br>2. 女          |  |                           |  | 年  |  | 月  |  | 日               |  |          |  |       |  |   |  |
| 住所                           |  | 〒               |  |                       |  | 岡山県                       |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 診断名                          |  | ICD-O-3         |  | 側性 (両側臓器のみ記載)         |  | コード不明の場合、日本語あるいはICD-10で記入 |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 発生部位                         |  | C               |  | 1. 右 2. 左 3. 両側 4. 不明 |  |                           |  |  |  | C  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 組織診断名                        |  |                 |  | /                     |  | コード不明の場合、日本語で記入           |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| TNM分類<br>UICC6版・7版<br>(取扱規約) |  | 臨床(c) T         |  | N                     |  | M                         |  | ステージ                                     |  | 1. 初発(未治療) 2. 初発(治療開始後)<br>3. 再発 4. 不明 5. 疑診   |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|                              |  | 病理(p) pT        |  | pN                    |  | pM                        |  | ステージ                                     |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 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  |  | 5. 不明           |  |          |  |       |  |   |  |
| 単発・多重                        |  | 1. 単発           |  | 2. 多重                 |  | 3. 多発                     |  | 4. 多中心                                   |  | 初回診断日：前医で診断された場合や再発、治療開始後の場合、初めて診断された日が分かれば記入。<br>自施設診断日：細胞診・組織診の場合検体採取日、腫瘍マーカー、臨床検査の場合検査日。臨床診断の場合は初診日を記入。 |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 診断                           |  | 初回診断日           |  |                       |  | 年                         |  | 月  |  | 日  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|                              |  | 自施設診断日          |  |                       |  | 年                         |  | 月  |  | 日  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|                              |  | 発見の経緯           |  | 1. がん検診               |  | 2. 健診・人間ドック               |  | 3. 他疾患経過観察中                              |  | 4. 剖検  |  | 8. その他(自覚症状を含む) |  | 9. 不明    |  |       |  |   |  |
| 診断方法<br>(重複回答可)              |  | 1. 原発巣組織診       |  | 2. 転移巣組織診             |  | 3. 細胞診                    |  | 4. 部位特異的腫瘍マーカー(AFPやPSAなど。CEA, CA19-9は除く) |  | 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         |  |          |  |       |  |   |  |
| 初診                           |  | 自施設初診日          |  |                       |  | 年                         |  | 月  |  | 日  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|                              |  | 受診の動機           |  | 1. 集団検診               |  | 2. 人間ドック(自発的検診)           |  | 3. 自覚症状                                  |  | 4. 他病治療中   |  | 5. 他医療機関からの紹介   |  | 8. その他   |  | 9. 不明 |  |   |  |
| 治療                           |  | 主たる治療の開始日       |  |                       |  | 年                         |  | 月  |  | 日  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
|                              |  | 観血的治療<br>および根治性 |  | 1. 外科的                |  | 2. 体腔鏡的(胸腔鏡・腹腔鏡)          |  | 3. 内視鏡的                                  |  | 1. 治癒切除  |  | 2. 非治癒切除        |  | 3. 治癒度不明 |  |       |  |   |  |
|                              |  |                 |  | 4. 姑息・対症療法            |  | 5. 不詳                     |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| その他の治療                       |  | 1. 放射線          |  | 2. 化学療法               |  | 3. 免疫療法                   |  | 4. 内分泌療法                                 |  | 9. その他( )  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| このがんについて<br>がん検診の有無          |  | 1. 受けた          |  | 2. 受けない               |  | 3. 不明                     |  | 喫煙                                       |  | 1. 現在  |  | 2. 過去           |  | 3. なし    |  | 4. 不明 |  |   |  |
|                              |  |                 |  |                       |  |                           |  |  |  | 1日平均   |  | 本               |  | 年間       |  |       |  |   |  |
| 紹介元(前医療機関名)                  |  |                 |  |                       |  |                           |  |  |  |  |  |                 |  |          |  |       |  |   |  |
| 紹介先医療機関名                     |  |                 |  |                       |  |                           |  |  |  |  |  | 紹介年月日           |  | 年        |  | 月     |  | 日 |  |
| 死亡日                          |  |                 |  | 年                     |  | 月                         |  | 日  |  | 死因   |  | 1. 原病死          |  | 2. 他因死   |  | 3. 不明 |  |   |  |
| メモ欄                          |  |                 |  |                       |  |                           |  |  |  | 剖検   |  | 1. あり           |  | 2. なし    |  | 3. 不明 |  |   |  |