

秋田県悪性新生物患者届出票

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			診療科	届出者		
貴院患者ID			性別	生年月日		
フリガナ			1 男	西暦 年 月 日		
姓・名 (漢字)			2 女			
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) (例 胃U, 肺S2, など)	病理診断名 詳細をお願いします 形態、性状、 分化度、由来細胞 など			
	部位 臓器名と詳細部位	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			患者の全経過を通して、がん と診断する根拠となった検査 に○を付してください(初回 治療前の診断に限定しない)	
	診断日	自施設 診断日	西暦 年 月 日		・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	西暦 年 月 日		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 (地域がん登録では病巣の拡がりを集計す るします。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、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 その他		1 有	2 無			
死亡年月日	西暦 年 月 日					
オプション	紹介元施設名			紹介先施設名		