

徳島県版

全国がん登録の手引き 【実践編Ⅰ】

2023. 08. 23 徳島県がん登録室

※本手引きは、宮城県がん登録室作成の手引きを参考に、徳島県内の医療機関向けに改編、作成したものです。



《はじめに》

この手引きは、「全国がん登録の手引き【基本編】」の続編として、全国がん登録の届出票作成時から提出に役立てていただけるような内容となっております。

国立がん研究センター発行の「全国がん登録 届出マニュアル2022」（以下「届出マニュアル」）だけでは理解することが難しい内容の補足や届出票作成・提出に役立つ情報を掲載していますので、届出マニュアルと併せてご活用ください。

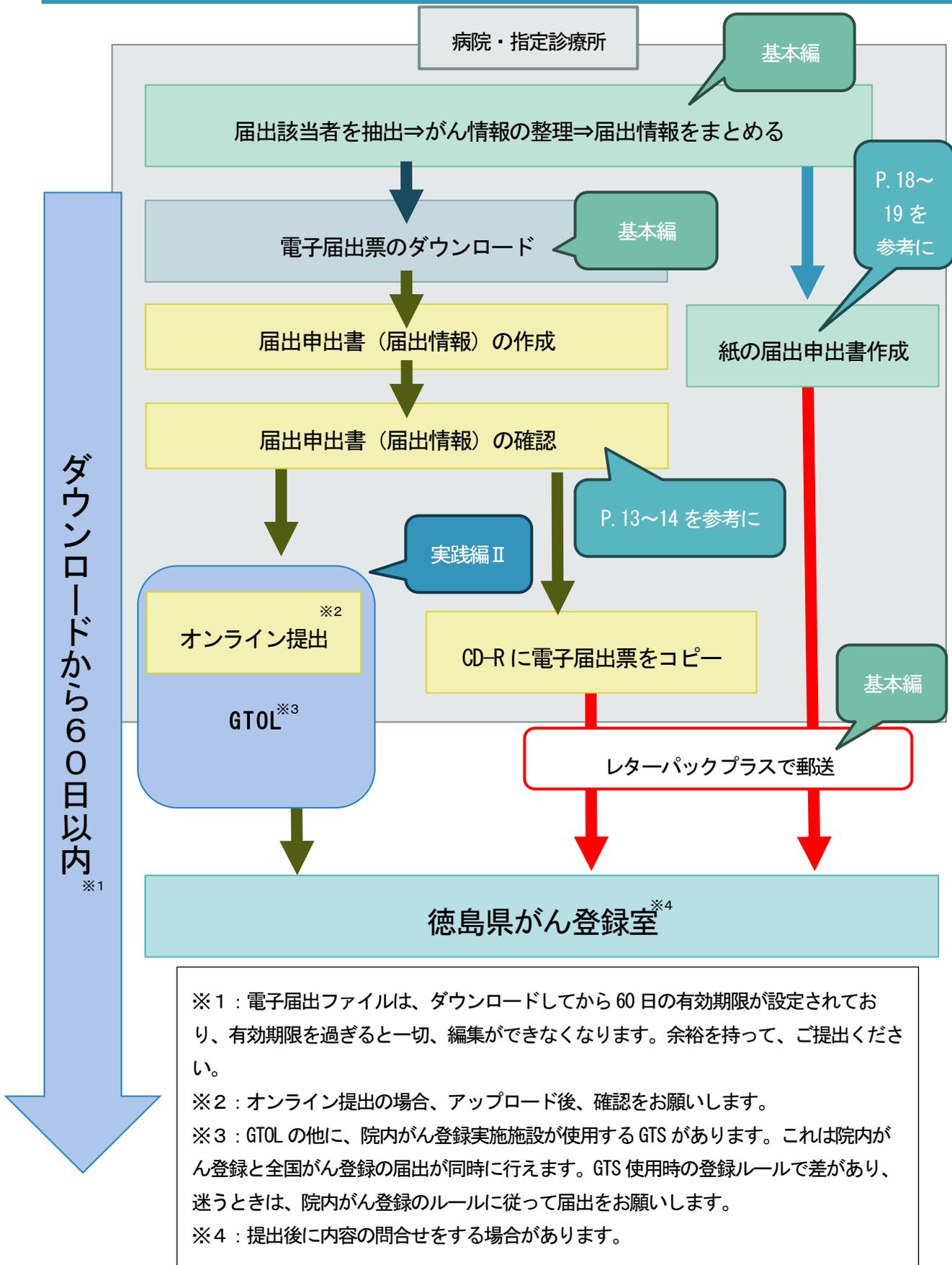
オンラインシステムの利用については、【実践編Ⅱ】をご覧ください。

目次

届出の流れ	1
届出情報の作成	2
患者基本情報：項目番号1～7	2
腫瘍情報：項目番号8～17	2
初回の治療情報：項目番号18～25	7
届出時の状況、その他：項目番号26、備考	9
パターン別 届出項目の注意点	10
パターン1：自施設診断なし・自施設治療なしの場合	10
パターン2：自施設診断なし・自施設治療ありの場合	12
パターン3：自施設診断あり・自施設治療なしの場合	12
パターン4：自施設診断あり・自施設治療ありの場合	13
パターン5：白血病・多発性骨髄腫（C42.0, C42.1）等の場合	13
届出情報の確認 電子届出票チェックシート	14
届出情報の項目間チェック一覧	15
届出形式のCSVファイル作成について	16
紙の届出票作成	19
付録 エラー・ワーニングの実際	21
時系列について	30
よくある間違い 治療施設「8その他」の選択	31
⑪診断施設と⑬診断根拠の考え方	32
⑫治療施設の考え方	32
多重がんについて	34
提出物の郵送先、問合せ先	35

【裏表紙】全国がん登録に関する Web ページのご案内

届出の流れ



届出情報の作成

患者基本情報：項目番号1～7（届出マニュアル P.24～P.30）

1：病院等の名称 全国で使用するため、県名等を追加場合があります。

2：診療録番号 がん登録室からの問合せに使用します。

3：カナ氏名※1 項目3～7は、名寄せに利用します。正確に入力をお願いします。

4：氏名※1

5：性別※2

6：生年月日

7：診断時住所

※1：CSVで作成の際は、カナ氏名・氏名は、氏と名の間に全角スペースを入れて一項目としてください。また電子届出票に入力できる日本語はShift_JISで表現可能な範囲です。

※2：原則として住民登録されている性別です。

備考欄にご記入いただきたい内容⇒氏名で置き換えた漢字の情報、旧姓や姓の変更、生物学的性別の違う場合、診断時と違う最新住所など。

腫瘍情報：項目番号8～17（届出マニュアルP.31～P.43）

8：原発部位の側性 側性のある臓器は決まっています。

1) 側性のある臓器の一覧

ICD-O-3.2 局在コード	局在（和名）
C07.9	耳下腺（ステン管、耳下腺管）
C08.0	顎下腺（ワルト管、顎下腺管）
C08.1	舌下腺（舌下腺管）
C09.0	扁桃窩
C09.1	扁桃口蓋弓（口峡弓など）
C09.8	扁桃の境界部病変
C09.9	扁桃, NOS
C30.0	鼻腔（鼻孔、鼻軟骨など）
C30.1	中耳（内耳、耳管など）
C31.0	上顎洞
C31.2	前頭洞
C34.0	主気管支
C34.1～C34.9	肺 上葉、中葉、下葉 など
C38.4	胸膜, NOS
C40.0	上肢の長骨、肩甲骨及びその関節
C40.1	上肢の短骨及びその関節
C40.2	下肢の長骨及びその関節
C40.3	下肢の短骨
C41.3	肋骨、胸骨、鎖骨及びその関節
C41.4	骨盤骨、仙骨、尾骨及びその関節
C44.1	眼瞼（眼角, NOS、マイボーム腺など）
C44.2	外耳（耳介, NOS、外耳道など）

ICD-O-3.2 局在コード	局在（和名）
C44.3	その他及び部位不明の顔面の皮膚
C44.5	体幹の皮膚（腹・胸・臀部など）
C44.6	上肢及び肩の皮膚
C44.7	下肢及び股関節部の皮膚
C47.1	上肢及び肩の末梢神経及び自律神経系
C47.2	下肢及び股関節部の末梢神経及び自律神経系
C49.1	上肢及び肩の結合組織、皮下組織及びその他の軟部組織
C49.2	下肢及び股関節部の結合組織、皮下組織及びその他の軟部組織
C50.0～C50.9	乳房（乳房の皮膚はC44.5）
C56.9	卵巣
C62.0～C62.9	精巣
C63.0	精巣上体
C63.1	精索（精管）
C64.9	腎, NOS
C65.9	腎盂（腎杯、腎盂尿管接合部）
C66.9	尿管
C69.0～C69.9	眼及び付属器
C74.0～C74.9	副腎皮質、副腎髄質、副腎, NOS
C75.4	頸動脈小体

2) 側性のある場合の側性コード

コード	側性
1	右側
2	左側
3	両側 次の場合に限る：両側卵巣に発生した 同じ組織形態の卵巣腫瘍 両側腎臓に発生した 腎芽腫（ウィルムス腫瘍） 両側網膜に発生した 網膜芽細胞腫
9	不明（側性のある臓器で左右が不明な場合、原発が正中に位置する場合）

注) 肺、乳房などで両側が原発（独立した腫瘍）の場合は、右と左で2件届出が必要です。

3) 側性のない場合の側性コード

コード	側性
7	側性のある臓器一覧に該当しない臓器、原発部位不明 (C80.9)

9. 原発部位 届出マニュアル 付録[3]をご覧ください。

ICD-0-3 国際疾病分類腫瘍学の局在コード：Cを含む4桁で表記されます。

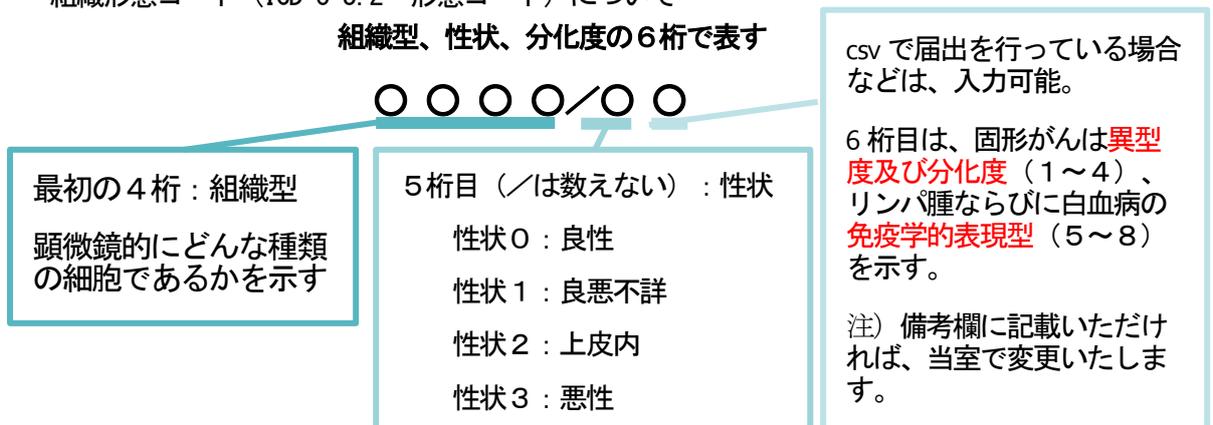


10. 病理診断・形態コード

次の参考資料をご覧ください。

- ◇届出マニュアル 付録[2][4]
- ◇国際疾病分類腫瘍学第3.2版（国立がん研究センター提供）
- ◇部位別テキスト（国立がん研究センター提供）

組織形態コード（ICD-0-3.2 形態コード）について
組織型、性状、分化度の6桁で表す



注) 詳細な組織型を入力する場合、診断根拠に病理学的な診断（診断根拠1～3）が必要です。届出マニュアルP.36の「診断根拠が顕微鏡的（病理学的）診断でない時に用いてよい形態コード」以

外で、診断根拠が5～9の場合は、悪性腫瘍(8000/3_)を用います。

(脳・中枢神経に発生の腫瘍については、良悪不詳の腫瘍 8000/1_、良性腫瘍 8000/0 もあり)

注) 電子届出票ファイルの届出種別が「届出票」の場合、部位を選択すると、病理診断が選択できません。原発部位、病理診断ともに、選択肢にない場合は、近いものを選択し、備考欄に詳細な部位や病理診断をご入力ください。

1.1. 診断施設

コード	診断施設
1	<p>自施設診断：自施設で初めて診断された、または、自施設以前で行った診断根拠の内、最も確からしい診断を行ったのが自施設である場合。</p> <p>注) 依頼検査の場合は、備考欄に「〇〇病院の依頼により検査を行った」とご記入ください。また、検査を依頼した病院は、備考欄に「〇〇病院に検査を依頼した」とご記入ください。診断日が同じになるため、登録室で検査実施施設の判断ができません。</p>
2	他施設診断：自施設以前の施設で、最も確からしい検査を行った場合。

1.2. 治療施設 「剖検発見、セカンドオピニオン」以外は、必ず1～4で選択してください。

コード	治療施設
1	<p>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</p> <p>具体例) 自施設で診断したが、初回治療は他施設に紹介した。 自施設で診断したが、経過観察目的で他施設に紹介した。 初回治療目的に紹介されてきたが、何もせず他施設に紹介した。 検査目的のためだけに紹介された(セカンドオピニオン以外)。</p>
2	<p>自施設で初回治療を開始</p> <p>具体例) 自施設で診断し、初回治療を開始した。 自施設で診断し、初回治療計画をたて、経過観察を行った。 紹介されて、自施設で初回治療を開始した。 初回治療として経過観察目的に紹介された。 自施設で診断し、治療方針決定前に死亡した。</p>
3	<p>他施設で初回治療開始し、自施設で初回治療を継続</p> <p>具体例) 他施設で初回治療開始後に初回治療計画の治療を継続。</p>
4	<p>他施設で初回治療を終了後に、自施設受診</p> <p>具体例) 初回治療後に自施設受診。 他施設で経過観察となったが、継続して経過観察を行うため 自院を受診した。 数年前のがんが再発または転移のため、初めて自施設受診。</p>
8	<p>その他 (剖検発見、Ai 発見、セカンドオピニオンの場合のみ)</p> <p>注) セカンドオピニオンは、備考欄に記載してください。</p>

13. 診断根拠

自施設含め、自施設以前の診断の内、最も確からしい検査（若いコード番号）を選択してください。

コード	診断根拠
1	原発巣の組織診
2	転移巣の組織診
3	細胞診 注) 白血病等での末梢血血液検査による場合は、細胞診としてください。 喀痰、尿沈渣、洗浄細胞診などのセルブロックでの検査。
4	部位特異的腫瘍マーカー：次の4つの場合のみ 1) 肝細胞癌でのAFP 高値 2) 絨毛癌でのHCG 高値 3) 神経芽細胞腫でのVMA 高値 4) ワルデンストレーマクログロブリン血症での免疫グロブリン高値
5	臨床検査 画像診断（CT、MRI、超音波検査など）、 血液検査（4以外の腫瘍マーカー、など）、など。
6	臨床診断 1～5の検査でがんと診断されないが、医師ががんと診断した。
9	不明 注) 他施設診断、初回治療後の場合のみ選択可能です。

14. 診断日

11. 診断施設	診断日
1 自施設診断	「13. 診断根拠」を行った日
2 他施設診断	当該腫瘍初診日（がんと診断後、初めて自施設を受診した日）

15. 発見経緯

受診のきっかけとなったものを選択します。症状受診の場合は、「8. その他」を選びます。

コード	発見経緯
1	がん検診・健康診断・人間ドック これらの結果により、医療機関を受診した場合、選択します。
3	他の疾患の経過観察中の偶然発見 具体例) 乳がんの治療中に膀胱がんが見つかった。 糖尿病の治療中に胃がんが見つかった。
4	剖検発見 Ai 発見を含む 「12. 治療施設」は「8その他」となります。 「26. 死亡日」の入力が必須です。 「14. 診断日」＝「26. 死亡日」となります。
8	その他 症状による受診を含みます。 具体例) 血痰があるため受診し、肺がんと診断された。 腹痛のため受診し、胃がんと診断された。
9	不明 診断にいたる発端が不明の場合 注) 「11. 診断施設」が「1自施設診断」の場合は選ばない。

16. 進展度・治療前

治療前の腫瘍の拡がりを、病理検査、画像診断など治療前に実施した検査から決めてください。

コード	進展度の考え方
400	上皮内：上皮に発生した癌が基底膜を越えていない状態です。 注) 癌腫のみ。肉腫やリンパ腫では選べません。 注) 「13. 診断根拠」で「1. 原発巣の組織診」かつ「17. 進展度・術後病理学的」が「660」・「21. 外科的・鏡視下の・内視鏡的治療の範囲」「6」の場合は、「10. 病理診断」の「性状 2」であること。
410	限局：原発の臓器に腫瘍がとどまるもの。
420	領域リンパ節転移：原発の臓器に腫瘍がとどまるが領域リンパ節に転移のある場合。
430	隣接臓器浸潤：原発の臓器の表面や隣接する臓器に直接浸潤する場合。
440	遠隔転移：遠隔臓器や領域以遠のリンパ節に転移がある場合。
777	該当せず 注) 白血病など原発が骨髄、血液の場合のみ適用します。 固形がんでは選べません。
499	不明 注) 安易な適用は避けてください。判断に必要な情報がない場合に適用します。

17. 進展度・術後病理学的

進展度・治療前に、術後の病理学的、外科的拡がりを加味して決めてください。

初回治療として、観血的治療を複数回行って、進展度が違う場合は、一番拡がり大きいものを選択します。

コード	進展度の考え方
400	上皮内 上皮に発生した癌が基底膜を越えていない状態です。 注) 癌腫のみ。肉腫やリンパ腫では選ばない。 「10. 病理診断」の「性状 2」 「13. 診断根拠」は「1. 原発巣の組織診」となります。
410	限局 原発の臓器に腫瘍がとどまるもの。
420	領域リンパ節転移 原発の臓器に腫瘍がとどまるが領域リンパ節に転移のある場合。
430	隣接臓器浸潤 原発の臓器の表面や隣接する臓器に直接浸潤する場合。
440	遠隔転移 遠隔臓器や領域以遠のリンパ節に転移がある場合。
660	手術なし・術前治療後 具体例) 初回治療として外科的・鏡視下の・内視鏡的治療を行っていない。 初回治療として化学療法を行い、腫瘍を縮小してから外科的治療 前医でホルモン療法後、自施設で外科手術を受けた。
777	該当せず 注) 白血病など原発が骨髄、血液の場合のみ適用します。 固形がんでは選べません。
499	不明 注) 安易な適用は避けてください。判断に必要な情報がない場合に適用します。

初回の治療情報：項目番号 18～25（届出マニュアル P. 20、P. 44～P. 51）

当該がんの縮小・切除を意図したがん組織に対する治療のうち、最初の診断に引き続いて行われる、腫瘍に対する治療を初回治療とします。

がん登録では、「経過観察開始＝初回治療の終了」となりますので、経過観察後の治療は初回治療に含まれません。

18. 外科的治療の有無 自施設で実施された初回治療のうち、外科的治療の有無を選択

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) 胃がんのため、開腹による胃全摘術を行った。 脳腫瘍のため、開頭し生検を行った。 肺がんのため、鏡視下的治療中、開胸術に切り替えた。この場合は、鏡視下的治療も「1 自施設で施行」となります。
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

19. 鏡視下的治療の有無 自施設で実施された初回治療のうち、鏡視下的治療の有無を選択

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) 肺がんのため、鏡視下的治療中開胸術に切り替えた。この場合は、外科下的治療も「1 自施設で施行」となります。
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

20. 内視鏡的治療の有無 自施設で行った初回治療のうち、内視鏡的治療の有無

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) 胃がん治療のため、ESD を施行した。 膀胱がん治療のため TUR-BT を施行した。
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

2 1. 外科的・鏡視下的・内視鏡的治療の範囲

18～20の1つ以上観血的治療を行った（コード1）場合、腫瘍遺残の有無。

コード	診断施設
1	腫瘍遺残なし 切除した組織や器官の断端（－）。
4	腫瘍胃残あり 切除した組織や器官の断端（＋）、転移巣のみ切除。
9	不明 遺残の有無が不明の場合。

18～20の観血的治療を全く行ってない（コード2）場合

コード	診断施設
6	観血的治療なし

※複数回行っている場合は、総合的に判断、または最後に採取した腫瘍断端を確認してください。

2 2. 放射線療法の有無 自施設で行った初回治療のうち、放射線療法の有無

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) 電磁放射線（X線、γ線）。 粒子放射線（陽子線治療、重イオン線）。 甲状腺 I-131 内照射療法等の内部照射療法。 分子標的薬＋放射性同位元素による治療。 注) 分子標的薬は、化学療法「1」となります。
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

2 3. 化学療法の有無 自施設で行った初回治療のうち、化学療法の有無

コード	診断施設
1	自施設で施行
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

2 4. ホルモン療法の有無 自施設で行った初回治療のうち、ホルモン療法の有無

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) エストロゲン依存腫瘍に対する卵巣摘出術 前立腺がんに対する卵巣摘出術 血液腫瘍におけるステロイド単剤療法
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

25. その他の治療の有無 自施設で行った初回治療のうち、観血的治療（外科的・鏡視下的・内視鏡的）、放射線療法、化学療法、ホルモン療法のいずれにも該当しない治療の有無

コード	診断施設
1	自施設で施行 具体例) 血管塞栓術、光線焼灼術（レーザー）、 電磁波焼灼術（RFA等）、エタノール注入療法、 免疫療法（膀胱がんのBCG治療など）
2	自施設で施行なし
9	施行の有無不明 注) 自施設でのことなので、不明は選ばないでください。

届出時の状況、その他：項目番号26、備考（届出マニュアルP.52～P.53）

26. 死亡日 届出までに自施設で死亡した場合に入力

条件	死亡日
届出までに生存、または生死不明	空欄
届出までに自施設で死亡	死亡日（死亡診断書に記載の日）を入力
届出までに自施設以外で死亡 例) 紹介先施設から死亡の連絡 家族から死亡の連絡	空欄

備考欄の使い方

項目	備考欄に記載する内容
4. 氏名	漢字の情報（漢字を置き換えた場合、異体字に関する情報など） 新姓、旧姓に関する情報
5. 性別	生物学的性別
7. 住所	診断時住所と最新住所が異なる場合の最新住所 住民票と異なる住所の場合
9. 原発部位	原発部位が選択肢にない場合は、近いものを選択して、詳細な原発部位を記載
10. 病理診断	病理診断が選択肢にない場合は、近いものを選択して、詳細な病理診断を記載 （病理診断書で英語表記の場合は、そのまま記載しても可能です）
その他	紹介元の病院等の情報：〔記載例〕〇〇病院より紹介され自施設受診 紹介先の病院等の情報：〔記載例〕〇〇病院に外科的治療のため紹介 依頼検査：「〇〇病院の依頼により検査を行った」 「〇〇病院に検査を依頼した」 がんの履歴（以前に診断されたことのある腫瘍情報） その他、人物照合に繋がる情報、詳細な腫瘍情報など

パターン別 届出項目の注意点

届出項目「11. 診断施設」と「12. 治療施設」の組み合わせによって、概ね5つのパターンに分類することができます。それぞれのパターンで**必ず選択するもの（赤文字）**、場合によって違うものに分かります。

◎パターンに当てはまらず、判断に迷う場合は、徳島県がん登録室までご相談ください。

パターン1：自施設診断なし・自施設治療なしの場合

- 〔具体例〕
- ・精神科単科の施設や緩和ケア病棟で経過観察しか行わない。
 - ・初回治療が他施設で終了し、自施設でフォローアップしている。
 - ・他施設で経過観察を開始し、経過観察の継続で自施設に来院した。

項目番号	選択するもの、または注意点
11. 診断施設	2. 他施設診断
12. 治療施設	4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設受診
13. 診断根拠	紹介状の記載のものを選択。分からなければ「9. 不明」
14. 診断日	当該腫瘍初診日 ：腫瘍と診断されて初めて来院した日
15. 発見経緯	紹介状の記載のものを選択。分からなければ「9. 不明」
16. 進展度・治療前	紹介状の記載のものを選択。分からなければ「499. 不明」 ただし、白血病などの場合は「777該当せず」
17. 進展度・術後病理学的	660. 手術なし・術前治療後 ただし、白血病などの場合は「777該当せず」
18～20 観血的治療	2. 自施設で施行なし
21. 治療の範囲	6. 観血的治療なし
22～25. その他治療	2. 自施設で施行なし

[パターン1の経過例]

自院で糖尿病治療のため入院中に大腸がんを疑い、他院（A病院）に紹介。A病院で、大腸がん（横行結腸、腺癌、）の診断、初回治療（外科的手術）終了。2023年6月14日、糖尿病治療のため、再び自院受診し、入院。大腸がんの経過観察も自院で行っている。



…パターン1で必ず選択する項目

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	盲腸・結腸、直腸、肛門	
		詳細分類	横行結腸	
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	C18.4 8140/3	
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 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 checked="" 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 2023 年 6 月 14 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 type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" 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 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		
初回治療	⑱外科的	⑱①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	
		⑱②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	
		⑱③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 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑲その他治療	⑲①放射線療法	<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	
		⑲②化学療法	<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	
		⑲③内分泌療法	<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	
⑲④その他治療	<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死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日			
備考	A病院より紹介 (全半角128文字)			

パターン 2：自施設診断なし・自施設治療ありの場合

- 〔具体例〕・他施設で診断を行い、自施設に治療を目的に来院した。
 ・他施設で診断を行い、治療は選択せず経過観察を自施設で開始した。

項目番号	選択するもの、または注意点
1 1. 診断施設	2. 他施設診断
1 2. 治療施設	2. 自施設で初回治療を開始 または 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
1 3. 診断根拠	紹介状の記載のものを選択。 ※紹介元の病院での診断根拠が自施設での診断根拠となる検査より大きい数字であれば、パターン4となります
1 4. 診断日	当該腫瘍初診日：腫瘍と診断されて初めて来院した日
1 5. 発見経緯	紹介状の記載のものを選択。分からなければ「9. 不明」
1 6. 進展度・治療前	治療前の情報から判断してください ただし、白血病などの場合は「777. 該当せず」
1 7. 進展度・術後病理学的	観血的治療を行った場合は、400～440、499から選択。 観血的治療を行っていない場合は、660 ただし、白血病などの場合は「777 該当せず」
1 8～2 0 観血的治療	自施設で行った初回治療を選択
2 1. 治療の範囲	観血的治療有りの場合は、1、4、9から選択 観血的治療なしの場合は、6
2 2～2 5. その他治療	自施設で行った初回治療を選択

パターン 3：自施設診断あり・自施設治療なしの場合

- 〔具体例〕・自施設で診断を行い、その後のことは他施設に依頼した。
 ・自施設で診断を行い、初回治療を行う予定だったが、患者が来院しなくなった。

項目番号	選択するもの、または注意点
1 1. 診断施設	1. 自施設診断
1 2. 治療施設	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
1 3. 診断根拠	自施設で行った診断根拠となる検査のうち最も小さい番号を選択
1 4. 診断日	「1 3. 診断根拠」を行った日（検査の実施・依頼日）
1 5. 発見経緯	カルテ等に記載のもの
1 6. 進展度・治療前	病理や画像診断などを組み合わせて判断 分からない場合は「499 不明」 ただし、白血病などの場合は「777. 該当せず」
1 7. 進展度・術後病理学的	660. 手術なし・術前治療後 ただし、白血病などの場合は「777. 該当せず」
1 8～2 0 観血的治療	2. 自施設で施行なし
2 1. 治療の範囲	6. 観血的治療なし
2 2～2 5. その他治療	2. 自施設で施行なし

パターン 4：自施設診断あり・自施設治療ありの場合

- 〔具体例〕・自施設で診断から治療まですべて行った。
 ・自施設で診断し、治療は選択せず経過観察を開始した。

項目番号	選択するもの、または注意点
1 1. 診断施設	1. 自施設診断
1 2. 治療施設	2. 自施設で初回治療を開始
1 3. 診断根拠	自施設で行った診断根拠となる検査のうち最も小さい番号を選択
1 4. 診断日	「1 3. 診断根拠」を行った日（検査の実施・依頼日）
1 5. 発見経緯	カルテ等に記載の受診のきっかけ
1 6. 進展度・治療前	病理や画像診断などを組み合わせて判断。 分からない場合は「4 9 9 不明」 ただし、白血病などの場合は「7 7 7. 該当せず」
1 7. 進展度・術後病理学的	観血的治療を行った場合は、4 0 0～4 4 0、4 9 9から選択。 観血的治療を行っていなければ6 6 0 ただし、白血病などの場合は「7 7 7. 該当せず」
1 8～2 0 観血的治療	自施設で行った初回治療を選択
2 1. 治療の範囲	観血的治療有りの場合は、1、4、9から選択 観血的治療なしの場合は、6
2 2～2 5. その他治療	自施設で行った初回治療を選択

パターン 5：白血病・多発性骨髄腫（C42.0, C42.1）等の場合

- 〔具体例〕・白血病や多発性骨髄腫など血液や骨髄のがんの診療をした。

項目番号	選択するもの、または注意点
1 3. 診断根拠	血液検査、白血球分類の場合は、「3. 細胞診」 骨髄を検体とする場合は、「1. 原発巣の組織診」
1 6. 進展度・治療前	7 7 7. 該当せず
1 7. 進展度・術後病理学的	7 7 7. 該当せず

注) その他の項目については、パターン1～4の該当する部分をご覧ください。

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	急性骨髄性白血病（M3）はWHO型の明示されないもの	9861/3

進行度	⑬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
	⑭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

届出情報の確認

電子届出票チェックシート

電子届出票に直接入力の場合に、入力不備や届出内容に矛盾がないかを確認する際にご活用ください。

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称	徳島県 徳島県総合健診センター (徳島県)		
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
④氏名	氏	[全角10文字]	名
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 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平		
⑦診断時住所	都道府県選択	[選択欄]	
	市区町村以下	[選択欄]	
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		
腫瘍の種類	⑨原発部位	大分類 [選択欄]	
		詳細分類 [選択欄]	
	⑩病理診断	組織型・性状 [選択欄]	
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施設で初回治療を開始 <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、自施設を受診して <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設を受診 <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"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査	
	⑭診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 [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・術前治療あり	
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	
	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	
	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	
	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	
	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	
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		
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		
㉖死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 [年] [月] [日]		
備考	[自由入力欄]		

②診療録番号～⑦診断時住所までカルテの情報と相違はないですか？

生年月日で和暦の場合、選択は合っていますか？

⑨原発部位と⑧側性は合っていますか？

他施設で開始された経過観察の継続の場合、初回治療が終了したとして扱うため、⑫治療施設は「4」を選択しましたか？

⑫治療施設「8」の場合、剖検発見またはセカンドオピニオンですか？

自施設で行った初回治療を反映しましたか？

⑫治療施設が「1」「4」「8」の場合、初回治療の項目はすべて「2」、範囲は「6」を選択しましたか？

④氏名を異体字や「●」に置き換えた場合、元の字の詳細を入力しましたか？

⑨原発部位が選択できない場合、詳細な補足情報を入力しましたか？

病理診断報告書の詳細な補足情報は入力しましたか？

診断後に転居や改姓があった場合、新しい情報は入力しましたか？※

紹介元、紹介先は入力しましたか？※

※わかる範囲で入力してください。

届出情報の項目間チェック一覧 届出前に、チェックしていただきたい内容です。

No.	項目	確認内容、対処方法など (Qの内容をチェックして、違う場合は対応をお願いします)	マニュアル、 【実】この冊子の 該当ページ
1	⑧側性 ⑨原発部位・局在コード	Q. 側性のある臓器：1、2、9から選んでいますか？ Q. 側性のない臓器：7となっていますか？ Q. 「3. 両側」の場合：条件に該当しますか？	P. 31 P. 32、33 【実】P. 2、P. 3
2	⑨原発部位・局在コード ⑩病理診断・形態コード (4桁目まで) ⑪診断施設 ⑬診断根拠 ※白血病、多発性骨髄腫の場合、⑬診断根拠「5. 臨床検査」とした検査が「血液検査」は、⑬「3. 細胞診」に変更します。	Q. 診断根拠「4～9」の場合は、届出マニュアルP. 36の一覧の形態コードと合致しますか？ ・診断根拠「4～9」で上記以外であれば… 1. 診断施設が「1. 自施設診断」の場合：診断根拠と病理診断・形態コードを確認し、修正。顕微鏡的根拠がない時は、⑩「悪性腫瘍 8000/39」とする。 2. 診断施設が「2. 他施設診断」の場合：詳しい情報がなければ⑩を「悪性腫瘍 8000/39」とする。備考欄に紹介状記載内容を記入。 ※脳腫瘍などは、性状0.1の場合があります。	P. 32、33 P. 34～36 P. 37 P. 39 【実】P. 3、P. 4 P. 5、P. 24
3	⑪診断施設 ⑫治療施設 ・初回治療の有無 ⑬外科的、⑭鏡視下 ⑮内視鏡的⑯放射線療法 ⑰化学療法⑱内分泌療法 ⑲その他	Q. ⑪診断施設「2. 他施設診断」、⑫治療施設「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、初回治療がすべて「2. 自施設で施行なし」を選択の場合、自施設での初回治療内容を確認してください。 ・紹介元の病院等で初回治療を行っていて自施設では「経過観察」のみの場合は、「4. 初回治療終了後に自施設受診」に修正。	P. 37 P. 38 P. 44～46 P. 48～51 【実】P. 4 P. 6～8 P. 32～34
4	⑫治療施設 ⑮発見経緯	Q. ⑫治療施設「8. その他」の場合、⑮発見経緯「4. 剖検発見」を選んでいますか？ 剖検発見以外↓ ・⑫治療施設「8. その他」で、セカンドオピニオンの場合：備考欄にセカンドオピニオンと記載してください。 ・⑫治療施設「8. その他」で剖検発見・セカンドオピニオン以外であれば、自施設での初回治療状況を確認し、⑫治療施設を「1～4」で選択してください。	P. 38 P. 41 【実】P. 4 P. 5 P. 31
5	⑨原発部位・局在コード ⑯進展度・治療前 ⑰進展度・術後病理学的	Q. 進展度「777 該当せず」の場合、⑨原発部位は骨髄 (C42.1)、血液 (C42.0) ですか？ ・C42.1、C42.0の場合は、⑯⑰ともに「777」 ・固形がんは、「777」を選ばません。該当する進展度を選択してください。 ・悪性リンパ腫も該当する進展度を選択してください。	P. 32、33 P. 42 P. 43 【実】P. 6、P. 9 P. 13 P. 25
6	⑩病理診断・形態コード (5桁目) ⑯進展度・治療前 ⑰進展度・術後病理学的	Q. ⑩の5桁目が「2 上皮内」で、⑰が「660」の場合、⑯進展度・治療前は「400」「499」ですか？ ・⑩の5桁目が「2 上皮内」で、観血的治療を行っている場合、⑰進展度・術後病理学的は「400」ですか？ ・確認して、変更してください。	P. 34、P. 42 P. 43 【実】P. 3、P. 6 P. 26～27
7	⑩病理診断・形態コード (5桁目) ⑯進展度・治療前 ⑰進展度・術後病理学的	Q. ⑩の5桁目が「3 悪性」で、⑰が「660」の場合、⑯進展度・治療前は「400」以外ですか？ Q. ⑩の5桁目が「3 悪性」で、観血的治療を行っている場合、⑰進展度・術後病理学的は「400」以外ですか？ ・確認して、変更してください。	P. 34、P. 42 P. 43 【実】P. 3、P. 6 P. 26～27
8	⑫治療施設 ⑰進展度・術後病理学的 ・初回治療の有無 ⑬外科的⑭鏡視下 ⑮内視鏡的⑯放射線療法 ⑰化学療法⑱内分泌療法 ⑲その他	Q. ⑫治療施設「1」「4」の場合、「自施設で初回治療を行っていない」ことを意味します。 ・⑰「660」「777」、⑱～⑳「2」、㉑「6」、㉒～㉓「2」となっていますか？ ・確認して、変更してください。 ※初回治療の有無については、自施設の状況ですので、「9. 不明」は選択しないでください。	P. 38 P. 43 P. 44～51 【実】P. 4、6 P. 7～9 P. 10～12
9	㉔死亡日	Q. ㉔死亡日が入力されている場合は、自施設で死亡しましたか？	P. 52 【実】P. 9

※提出方法は【基本編】P. 13『届出 3. 提出方法』をご覧ください。

届出形式のCSVファイル作成について

※項目の順、内容については、届出マニュアル 付録 [5] をご覧ください。

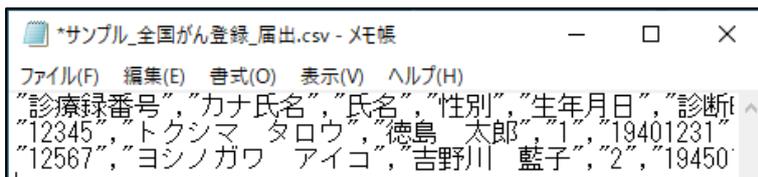
届出形式の CSV ファイル作成方法

1) 各システム等より届出の CSV ファイルを作成し、届出に合う形式かを確認します。

作成した CSV ファイルのダブルクォーテーションの有無を、メモ帳などのテキストエディタで開いて確認します。

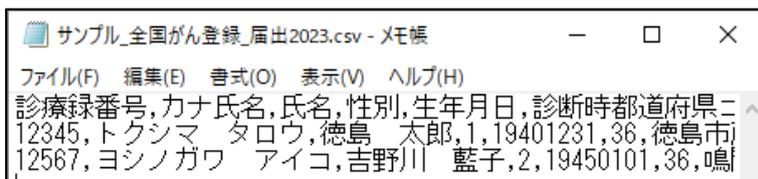
メモ帳の開き方：CSV ファイル名上で右クリック→[プログラムから開く]→[メモ帳]を選択

○ 形式が合っている場合（値をダブルクォーテーションで囲ったカンマ区切り）



➡ このまま届出に使用できます。電子届出ファイル (PDF) に添付し、届出をしてください。

× 形式がエラーとなる場合（カンマ区切り）



➡ ダブルクォーテーションを付ける作業が必要です。2) の手順に進んでください。

この CSV ファイルをオンラインでの届出に使用すると、エラー詳細が次のように出ます。

ファイルの先頭行から 1 行目にダブルクォーテーションで括られていないデータがありました。
データは数字・空白含めてすべてダブルクォーテーション (") で括ってください。

<注意>

Hos-CanR Lite や、院内がん登録の品質管理ツールから出力した CSV ファイルは、届出形式で出力されますが、Excel で編集して保存すると、ダブルクォーテーションが消えてしまい、届出に使用できなくなります。

届出データの修正をする場合は、元のシステム (Hos-CanR Lite 等) で修正し、再度 CSV ファイルを出力し直すことをお勧めします。もし CSV ファイルのデータを直接修正する場合は、メモ帳で開いて修正してください。

2) 出力した CSV ファイルを Excel で開き、全データに 「, _ 」 を付けます。

ここでは、症例データが入力されているシート「サンプル_全国がん登録_届出2023」の全データに「, _ 」(半角カンマと 半角アンダーバー) を付ける手順を説明します。

注) 作業を間違ってしまった時のために、事前に CSV ファイルのコピーを取っておくことをおすすめします。

作業前の CSV を Excel で開きます。

	A	B	C	D	E
1	診療録番号	カナ氏名	氏名	性別	生年月日
2	12345	トクシマ	徳島 太郎	1	19401231
3	12567	ヨシノガワ	吉野川 喜	2	19450101

(ア) 症例データが入力されているシート（サンプル_全国がん登録_届出2023）を残したまま、新しいシート（sheet1）を作ります。



(イ) sheet1 の A1 セルに「=」と入力後、「サンプル_全国がん登録_届出2023」シートの A1 を選択、続いて、「&","」を入力します。（記号・アルファベット・数字は全て半角）



(ウ) sheet1 の A1 セルをコピーし、「サンプル_全国がん登録_届出2023」シートのデータが入力されているセル範囲と同じ範囲全てに貼り付けます。

	A	B	C	D	E
1	診療録番号	カナ氏名	氏名	性別	生年月日
2	12345	トクシマ	徳島 太郎	1	19401231
3	12567	ヨシノガワ	吉野川 喜	2	19450101

(エ) (ウ) で作業したシート（sheet1）を CSV 形式で「名前を付けて保存」します。

「名前を付けて保存」の方法：

[ファイル] → [名前を付けて保存] → 保存場所（デスクトップなど任意の場所）を指定 → [ファイル名] は任意のファイル名を入力 → [ファイルの種類] は CSV（カンマ区切り）（*.csv）を選びます → [保存]

以下のメッセージが出たら、「OK」「はい」をクリックします。



3) メモ帳で開き、データの「, _ 」(半角カンマと半角アンダーバー) を全て置換します。
 ※作業を間違ってしまった時のために、事前に CSV ファイルのコピーを取っておくことをおすすめします。

2) の作業により各値が「"」で囲ったカンマ区切りとなります。

3) ①～⑤の作業で「, _ 」を置換します

①編集

②置換

③「, _ 」(コンマ アンダーバー)を入力します

④何も入力しません

⑤すべて置換をクリックすると、置換完了です

最後に…上書き保存します。
 [ファイル] → [上書き保存] を選択します。
 このCSVファイル電子届出票ファイル(PDF)に添付し、オンラインシステムで届け出てください。

紙の届出票作成

紙での届出の記入例 赤文字の部分を記入して下さい。

全国がん登録届出票		複写禁止	票の固有番号
①病名等の名称	A 病院		
②診療録番号	1 2 3 4 5		
③カナ氏名	トクシマ タロウ		
④氏名	徳島 太郎		
⑤性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性		
⑥生年月日	<input checked="" 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 1945 年 1 月 1 日		
⑦診断時住所	徳島県徳島市蔵本町1-10-3		
⑧癌の種類	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	
	⑧原発部位	前立腺 C	
⑨診断情報	⑨病理診断	腺癌	
	⑩診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断	
	⑪治療施設	<input checked="" 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	
	⑫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	
	⑬診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平成 2023 年 1 月 25 日	
⑭発見経緯	<input checked="" 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		
	<input type="checkbox"/> 2.転移巣の組織診		
⑮進行度	⑮進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤 <input checked="" type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明	
	⑮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.所属リンパ節転移 <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	
⑯初回治療	⑯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	
	⑯観測下	<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	
	⑯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	
	⑯観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1.原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4.姑息的な観血的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 6.観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9.不明	
	⑯放射線療法	<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	
	⑯化学療法	<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	
⑯内分療法	<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		
⑯その他治療	<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		
⑯死亡日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平成 年 月 日		
備考	氏「徳島」、B病院へ紹介		

全国がん登録届出票

複写禁止

票の国

病院名は、必ず記入して下さい。

①病館等の名称	A 病院																													
②診療科番号	1	2	3	4	5																									
③カナ氏名	トクシマ						タロウ																							
④氏名	徳島						太郎																							
⑤性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 男性						<input type="checkbox"/> 2. 女性																							
⑥生年月日	<input checked="" 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		1945 年																			
⑦診断種別	徳島県徳島市蔵本町1-10-3																													
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	前立腺																													
⑩病理診断	腺癌																													
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 checked="" 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診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発元の組織診			<input type="checkbox"/> 2. 転移元の組織診			<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														
⑭診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦		<input type="checkbox"/> 4. 平成		2023 年		1 月		25 日																					
⑮発見経緯	<input checked="" 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発見						<input type="checkbox"/> 4. 症状発見						<input type="checkbox"/> 8. その他						<input type="checkbox"/> 9. 不明					
⑯遠隔転移・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内			<input type="checkbox"/> 410. 遠隔			<input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ管転移			<input type="checkbox"/> 430. 遠隔転移			<input checked="" type="checkbox"/> 440. 遠隔転移			<input type="checkbox"/> 777. 該当せず			<input type="checkbox"/> 499. 不明											
⑯遠隔転移・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内			<input type="checkbox"/> 410. 遠隔			<input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ管転移			<input type="checkbox"/> 430. 遠隔転移			<input checked="" 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								
⑰手術的治療	<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			<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			<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					
⑱放射線療法	<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			<input type="checkbox"/> 1. 原発元切除			<input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療			<input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし			<input type="checkbox"/> 9. 不明											
⑲化学療法	<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			<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			<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その他治療	<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			<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			<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死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦		<input type="checkbox"/> 4. 平成								年				月				日											
備考	氏「徳島」、B病院へ紹介																													

チェックは濃く付けて下さい。他の選択肢と被らなければ、はみ出しても構いません。し点でも構いません。

住所は、「徳島県」から記入してください。

「部位+がん」とは書かず、部位のみ記載してください。

「前立腺がん」のように「部位+がん」とは書かないで下さい。

記入例) 「がん」「悪性腫瘍」「腺癌」「肝細胞癌」など

備考欄には、紹介元、紹介先の情報 氏名漢字や姓変更の情報 最新住所など ご記入ください。

※P. 14 の『届出情報の項目間チェック一覧』を参考に、確認した後、P. 31 の提出物の郵送先までレターパックプラスなどの配達記録が残るものでご送付いただくか、当室までご持参ください。

付録

エラー・ワーニングの実際

○：項目間で組み合わせが合っている、 ×：エラー・ワーニングとなる

ケース番号	項目番号	項目の組み合わせ		関係する OL_E 番号※
1	⑧⑨	原発部位が「肝臓」で側性「2左」を選んだ。	×	
2	⑧⑨	原発部位が「肺」で側性「7側性なし」を選んだ。	×	
3	⑧⑨	原発部位が「肺」で側性「3両側」を選んだ。	×	OL_E4004
4	⑧⑨	原発部位が卵巣で、右と左で同じ組織形態であったため、側性「3両側」を選んだ。	○	OL_E4004
5	⑧⑨ ⑬	原発部位が不明だが体の右側で発生し、組織診で腺癌と診断したため、側性「1右」、診断根拠「1原発巣の組織診」を選んだ。	×	OL_E4024
6	⑩⑬	前立腺で画像診断と PSA(腫瘍マーカー)でがんと診断したため、病理診断を「腺癌」とした。	×	
7	⑩⑬	AFP(腫瘍マーカー)と画像診断でがんと診断したため、病理診断を肝細胞癌とした。	○	OL_E4009
8	⑩⑬	右肺下葉で画像診断と SCC(腫瘍マーカー)で癌と診断したので、診断根拠「4. 部位特異的腫瘍マーカー」とした。	×	OL_E4009
9	⑨⑯ ⑰	慢性骨髄性白血病の進展度を治療前「420 領域リンパ節転移」、術後病理学的「440 遠隔転移」とした。	×	OL_E4005 OL_E4006
10	⑨⑯ ⑰	胃の悪性リンパ腫の進展度を治療前「777 該当せず」、治療後「777 該当せず」とした。	×	OL_E4005 OL_E4006
11	⑩⑯	観血的治療を行っていない浸潤癌(性状3)で、進展度・治療前「400 上皮内癌」を選んだ。	×	OL_E4012 OL_E4013
12	⑩⑯	観血的治療を行っていない上皮内癌(性状2)の進展度・治療前「410 限局」を選んだ。	×	OL_E4012 OL_E4013
13	⑩⑰	観血的治療を行っている扁平上皮癌(浸潤癌、性状3)で、進展度・術後病理学的「400 上皮内」を選んだ。	×	OL_E4010
14	⑩⑰	左肺上葉の上皮内癌(上皮内癌、性状2)で、進展度・術後病理学的「410 限局」を選んだ。	×	OL_E4025
15	⑫⑰	治療施設「4 初回治療終了後に自施設に受診」、進展度・術後病理学的「420 領域リンパ節転移」を選択した。	×	OL_E4014
16	⑫⑳	治療施設「4 初回治療終了後に自施設に受診」、初回治療⑳化学療法「1 自施設で施行」を選択した。	×	OL_E4015
17	⑮⑳	発見経緯「4 剖検発見」、死亡日を空欄とした。	×	OL_E4019
18	⑮⑰ ⑱～ ㉑	発見経緯「3 他疾患の経過観察中の偶然発見」で観血的治療を行っていない(⑱～㉑「2 自施設で施行なし」㉑「6 観血的治療なし」)、進展度・術後病理学的「420 リンパ節転移」を選択した。	×	OL_E4020

詳細は、次ページからの解説をご覧ください。

※「OL_E 番号」は、CSV でオンライン届出する場合のエラー番号です。エラー対応時、ご参照ください。

—解説—

OL_E 番号

オンライン届出の際の CSV ファイルチェックのエラー番号
詳しくは、オンラインマニュアル4章付録エラー一覧や【実践編Ⅱ】をご確認ください。

エラー

届出受理後のエラー、ワーニングと対応方法／登録室で変更と記載していても、届出施設へ確認をする場合があります。

○は正しい組み合わせ、×は間違った組み合わせになります。対処法なども記載していますので参考にしてください。

注) 項目間でエラーやワーニングのある場合は、両方の項目について、確認をお願いします。

ケース1 ⑧側性と⑨原発部位：原発部位が肝臓で側性「2. 左」を選んだ。



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		エラー・登録室で修正します
	⑨原発部位	大分類	肝、胆管、胆のう	
		詳細分類	肝（肝内胆管を除く）	
⑩病理診断	組織型・性状	肝細胞癌	8170/3	

肝臓は側性のない臓器ですので、「7 側性なし」を選択します。



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	肝、胆管、胆のう
		詳細分類	肝（肝内胆管を除く）
⑩病理診断	組織型・性状	肝細胞癌	8170/3

ケース2 ⑧側性と⑨原発部位：原発部位が肺で側性「7. 側性なし」を選んだ。



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		エラー・届出施設へ問合せ
	⑨原発部位	大分類	肺・気管	
		詳細分類	上葉, 肺	
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	8140/3	

肺は側性のある臓器です。確認して側性を訂正します。



腫瘍の種類	⑧側性	<input checked="" 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	肺・気管
		詳細分類	上葉, 肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	8140/3

ケース3 ⑧側性と⑨原発部位：原発部位が肺で側性「3. 両側」を選んだ。



腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/>		エラー・届出施設へ問合せ
	⑨原発部位	大分類	肺・気管	
	⑩病理診断	詳細分類	上葉, 肺	
		組織型・性状	腺癌	8140/3

OL_E4004



回答例1) 両側に腫瘍あり、原発不明の場合: 肺は両側が選ばれません。右・左どちらが原発かわからず、反対側が転移巣の場合は、「9. 不明」としてください。



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	肺・気管	
	⑩病理診断	詳細分類	上葉, 肺	C34.1
		組織型・性状	腺癌	8140/3

回答例2) 両側に腫瘍あり、両方が原発の場合: 右・左それぞれが原発の場合は、2件届出をお願いします。



腫瘍の種類	⑧側性	<input checked="" 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	肺・気管	
	⑩病理診断	詳細分類	上葉, 肺	C34.1
		組織型・性状	腺癌	8140/3

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	肺・気管	
	⑩病理診断	詳細分類	上葉, 肺	C34.1
		組織型・性状	腺癌	8140/3

ケース4 ⑧側性と⑨原発部位：原発部位が卵巣で、右と左で同じ組織形態であったため、側性「3. 両側」を選んだ。



腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/>		
	⑨原発部位	大分類	精巣、卵巣	
	⑩病理診断	詳細分類	卵巣	C56.9
		組織型・性状	明細胞腺癌	8310/3

原発部位 C56.9 で左右同じ組織形態の時は、側性「3両側」の選択ができます。⇒【実践編 I】P.3

ケース5 ⑧側性と⑨原発部位、⑬診断根拠：原発部位が不明だが体の右側で発生し、組織診で腺癌と診断したため、側性「1. 右」、診断根拠「1. 原発巣の組織診」を選んだ。



腫瘍の種類	⑧側性	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 7. 側性なし		エラー・届出施設へ問合せ
	⑨原発部位	大分類	その他	
	⑩病理診断	詳細分類	原発部位不明	
		組織型・性状	腺癌	8140/3

OL_E4024



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	その他	
	⑩病理診断	詳細分類	原発部位不明	C80.9
		組織型・性状	腺癌	8140/3

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		

原発部位不明の場合は、側性なしを選択します。

組織診断を行っている場合は、「2 転移巣の組織診」を選択します。 ※原発巣不明ため、「1」は選ばれません。

ケース6 ⑩病理診断・組織型・性状と⑬診断根拠：前立腺がんを画像診断とPSAでがんと診断したため、病理診断を「腺癌」とした。

ワーニング・届出施設へ問合せ



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	前立腺、陰茎、陰のう、その他
		詳細分類	前立腺 C61.9
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	8140/3
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、他施設で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	
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		



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	前立腺、陰茎、陰のう、その他
		詳細分類	前立腺 C61.9
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3
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、他施設で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	
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		

病理診断が行われていない場合は、「悪性腫瘍」 ※例外あり

ケース7 ⑩病理診断・組織型・性状と⑬診断根拠：AFP(腫瘍マーカー)と画像診断でがんと診断したため、病理診断を肝細胞癌とした。

病理診断が行われていない場合でも用いてよい形態コードです。

⇒ 届出マニュアル P.36 をご確認ください。



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	肝、胆管、胆のう
		詳細分類	肝(肝内胆管を除く) C22.0
⑩病理診断	組織型・性状	肝細胞癌	8170/3
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、他施設で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	
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 checked="" 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		

ケース8 ⑩病理診断・組織型・性状と⑬診断根拠 右肺下葉で画像診断とSCC（腫瘍マーカー）で癌と診断したので、診断根拠「4. 部位特異的腫瘍マーカー」とした。

OL_E4009

エラー・登録室で修正します

⑧側性	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
⑨原発部位	大分類: 肺・気管 詳細分類: 下葉, 肺 C34.3
⑩病理診断	組織型・性状: 悪性腫瘍 8000/3
⑬診断根拠	<input checked="" 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
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 checked="" 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

部位特異的腫瘍マーカーの該当部位および該当腫瘍マーカーではありません。
一般的な腫瘍マーカーで診断した場合は、「5 臨床検査」に該当します。

ケース9 ⑨原発部位と⑯⑰進展度：慢性骨髄性白血病の進展度を治療前「420. 領域リンパ節転移」、術後病理学的「440. 遠隔転移」とした。

OL_E4005
OL_E4006

エラー・登録室で修正します

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) C42.1
⑩病理診断	組織型・性状: 慢性骨髄性白血病 9863/3
⑯進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input checked="" type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤
⑯進展度・術後病理学的	<input checked="" 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
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
⑯進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明

原発部位骨髄 (C42.1) 血液 (C42.0) については、進展度は、治療前、術後病理学的 (観血的治療の有無に関わらず) とも「777. 該当せず」を選んでください。

ケース10 ⑨原発部位と⑯⑰進展度：胃の悪性リンパ腫の進展度を治療前「777. 該当せず」、治療後「777. 該当せず」とした。

OL_E4005
OL_E4006

ワーニング・届出施設へ問合せ

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: 胃、小腸 詳細分類: 胃体部 C16.2
⑩病理診断	組織型・性状: 悪性リンパ腫 9590/3
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
⑯進展度・術後病理学的	<input checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明
⑯進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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
⑯進展度・術後病理学的	<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

固形がん (癌腫、肉腫)、悪性リンパ腫は、進展度「777 該当せず」は選ぶことができません。
適切な進展度を選択してください。

ケース 1 1 ⑩性状コードと⑬進展度・治療前：観血的治療を行っていない浸潤癌（性状3）で、⑬進展度・治療前「400. 上皮内癌」を選んだ。

エラー・届出施設へ問合せ

OL_E4013

⑧性別	<input checked="" 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 肺・気管
	詳細分類 中葉, 肺
⑩病理診断	組織型・性状 扁平上皮癌
⑬進展度	C34.2
⑭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
⑮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

観血的治療を行っていない場合、性状3（浸潤癌）であれば、
⑬進展度・治療前は、限局、領域リンパ節転移、隣接臓器浸潤、遠隔転移、不明から選んでください。

⑬進展度に間違いがない場合は、病理診断の性状を確認しましょう。

※観血的治療を行っていない場合、治療の範囲は「6」、⑬進展度術後病理学的は「660」

ケース 1 2 ⑩性状と⑬進展度・治療前：観血的治療を行っていない上皮内癌（性状2）の⑬進展度・治療前「410. 限局」を選んだ。

エラー・届出施設へ問合せ

OL_E4012

⑧性別	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
⑨原発部位	大分類 子宮頸部・腔
	詳細分類 子宮頸部
⑩病理診断	組織型・性状 上皮内扁平上皮癌
⑬進展度	C53.9
⑭進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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
⑮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

観血的治療を行っていない場合、性状2（上皮内癌）であれば、
⑬進展度・治療前は上皮内または不明となります。

⑬進展度・治療前、病理診断の性状の両方を確認してください。

※観血的治療を行っていない場合、治療の範囲は「6」、⑬進展度術後病理学的は「660」

ケース13 ⑩性状と⑰進展度・術後病理学的：観血的治療を行っている扁平上皮癌（浸潤癌、性状3）で、進展度・術後病理学的「400. 上皮内」を選んだ。

OL_E4010

エラー・届出施設へ問合せ

⑩性状	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
⑨原発部位	大分類 肺・気管
	詳細分類 中葉, 肺 C34.2
⑪病理診断	組織型・性状 扁平上皮癌 8070/3
⑰進展度	⑰進展度・治療前 <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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 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"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明

○

⑰進展度	⑰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
	⑰進展度・術後病理学的 <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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

観血的治療を行っている場合、性状3（悪性・浸潤癌）であれば、進展度・術後病理学的は上皮内を選べません。浸潤癌は、限局、領域リンパ節転移、隣接臓器浸潤、遠隔転移、不明から選びます。進展度・術後病理学的、病理診断の性状の両方を確認してください。

※この場合、進展度・治療前の「上皮内」はエラーになりません。

ケース14 ⑩性状と⑰進展度・術後病理学的：左肺上葉の上皮内癌（上皮内癌、性状2）で、進展度・術後病理学的「410. 限局」を選んだ。

エラー・届出施設へ問合せ

×

⑩性状	<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 肺・気管
	詳細分類 上葉, 肺 C34.1
⑪病理診断	組織型・性状 上皮内癌 8010/2
⑰進展度	⑰進展度・治療前 <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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 checked="" 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

○

⑰進展度	⑰進展度・治療前 <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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 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"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明

観血的治療を行っている場合、性状2（上皮内癌）であれば、進展度・術後病理学的は上皮内となります。エラーの場合は、進展度・術後病理学的、病理診断の性状の両方を確認してください。

※この場合、進展度・治療前の「限局」はエラーになりません。

ケース15 ⑫治療施設と⑰初回治療に関する項目：治療施設「4. 初回治療終了後に自施設に受診」、
 進展度・術後病理学的「420. 領域リンパ節転移」を選択した。

エラー・届出施設へ問合せ

OL_E4014

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 checked="" 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
⑰進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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 checked="" 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
⑰進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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 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

治療施設「1」または「4」の場合、自施設では初回治療を行っていないため、進展度・術後病理学的は、「660」（※局在が骨髄・血液の場合は、「777」）となります。初回治療を行っている場合は、治療施設の選択が間違っているため、両方の項目について確認が必要です。

ケース16 ⑫治療施設と⑳化学療法の有無：治療施設「4. 初回治療終了後に自施設に受診」、初回治療⑳化学療法「1. 自施設で施行」を選択した。

エラー・届出施設へ問合せ

OL_E4015

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 checked="" 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
⑰初回治療	<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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 9. 不明 <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 <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 <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 <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 <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

治療施設「1」または「4」の場合、自施設では初回治療を行っていないため、観血的治療⑱～㉑およびその他の治療㉒～㉓については、「2. 自施設で施行なし」となる。初回治療を行っている場合は、治療施設の選択が間違っているため、両方の項目について確認が必要です。

《再掲》治療施設と初回治療に関する項目 治療施設「1」または「4」の場合、自施設では初回治療を行っていないため、進展度術後病理学的～その他の治療までは、次の様な組み合わせになります。⇒P.11と同様

※ただし、原発部位が骨髄・血液の場合は、進展度・術後病理学的が「777」となります。

診断情報	①診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断
	②治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で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、自施設を受診して初回治療を継続
		<input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設を受診
③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	
④診断日	<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	
⑤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	⑥進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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
	⑦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
初回治療	⑧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
	⑨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
	⑩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
	⑪観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遠残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遠残あり <input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
	⑫放射線療法	<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
	⑬化学療法	<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
	⑭内分泌療法	<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
⑮その他治療	<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	

ケース17 ⑮発見経緯と⑯死亡日：発見経緯「4. 剖検発見」、死亡日を空欄とした。

OL_E4019

⑮発見経緯 4. 剖検発見 8. その他 9. 不明

エラー・届出施設へ問合せ

✗

⑯死亡日 0. 西暦 4. 平 5. 令 年 月 日

○

⑯死亡日 0. 西暦 4. 平 5. 令 2023 年 6 月 26 日

剖検発見の場合、死亡日は必ず入力してください。(不完全日付となる99等は不可)

ケース18 ⑮発見経緯⑰観血的治療の範囲⑱進展度・術後病理学的：発見経緯「3. 他疾患の経過観察中の偶然発見」で観血的治療を行っていない（⑮～⑰「2. 自施設で施行なし」⑱「6. 観血的治療なし」）、進展度・術後病理学的「420. リンパ節転移」を選択した。

OL_E4020

エラー・届出施設へ問合せ



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	
⑱進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input type="checkbox"/> 410. 限局
	<input checked="" 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
観血的治療	⑲外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	⑲内視鏡的	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
	⑲観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし
		<input checked="" type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり
その他治療	⑳放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	㉑化学療法	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
	㉒内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	㉓その他治療	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
		<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明

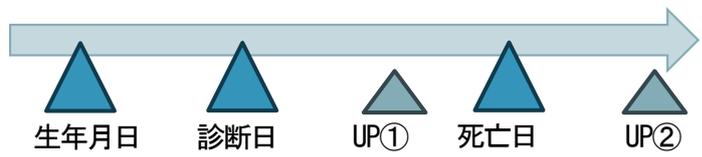


⑱進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input type="checkbox"/> 410. 限局
	<input checked="" type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移	<input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤
	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input checked="" type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後
	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明
観血的治療	⑲外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	⑲内視鏡的	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
	⑲観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし
		<input checked="" type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり
その他治療	⑳放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	㉑化学療法	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
	㉒内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行
	㉓その他治療	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし
		<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明

発見経緯：4以外、観血的治療の範囲：6の場合
 ⇒進展度・術後病理学的：660 または 777（ただし 777 は骨髄、血液が原発の場合）

時系列について

時系列の順が変わるとエラーになります。



エラー・届出施設へ問合せ

UP：アップロード日。
 診断日の翌年末まで。
 ①の場合は、死亡日空欄。
 ②で、自施設死亡の場合は、死亡日入力（記載）。

OL_E3004、OL_E4001、OL_E4016、OL_E4017、OL_E4018、OL_E4022

また、差が120年以上になるとエラーになります。

エラー・届出施設へ問合せ

OL_E4028、OL_E4029、OL_E4030

よくある間違い 治療施設「8その他」の選択

◎治療施設 「8. その他」が選択できる場合は、次の2つです。

OL_E4019

1) 剖検発見の場合

⑩属性	<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	
⑪原発部位	大分類: 肺 詳細分類: 肺の2部位以上広範又は詳細部位不明	
⑫病理診断	組織型・性状: 未分化癌	
⑬診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
⑭治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で紹介またはその後の <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	
⑮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	
⑯診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2023年 7月 7日	
⑰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 checked="" type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
⑱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 checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	
⑲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 checked="" 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	
⑳初回治療	㉑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
	㉒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
	㉓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
	㉔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 <input type="checkbox"/> 9. 不明
	㉕放射線療法	<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
	㉖化学療法	<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
㉗内分泌療法	<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	
㉘その他治療	<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	
㉙死亡日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2023年 7月 7日	

⑭診断日=⑲死亡日
※診断日を死亡日より未来の日付にできません。死亡日より後日の剖検依頼の場合は、診断日を死亡日とし、その旨を備考欄にご記入ください。

剖検発見（剖検、Ai）の選択パターン

- ⑬診断施設：1. 自施設診断
- ⑭治療施設：8. その他
- ⑮診断根拠：1、2（解剖）、5（Ai）のいずれか
- ⑰発見経緯：4. 剖検発見
- ⑱進展度・治療前：499. 不明（原発部位 C420、C421 は 777）
- ⑲進展度・術後病理学的：剖検結果により選択
- ⑱～㉔、㉒～㉕初回治療：2. 自施設で施行なし
- ㉑観血的治療の範囲：6. 観血的治療なし

OL_E4015

2) セカンドオピニオンの場合：備考欄に必ず「セカンドオピニオン」と記入してください。

※セカンドオピニオンは「意見」であり、診療に含めない取り扱いとなる場合があります。その場合、届出不要です。セカンドオピニオンを「診療」と取り扱う場合、項目「治療施設」は、経過観察ではなく、「8. その他」となります。

セカンドオピニオンの選択パターン

- ⑭治療施設：8. その他
- ⑲進展度・術後病理学的：660. 手術なし・術前治療後（原発部位 C420、C421 は 777）
- ⑱～㉔、㉒～㉕初回治療：2. 自施設で施行なし
- ㉑観血的治療の範囲：6. 観血的治療なし

OL_E4015

⑪診断施設と⑬診断根拠の考え方

例1) A病院は血液検査、CT、細胞診を行い、いずれの検査でもがんと診断し、B病院へ紹介。
B病院では、生検(組織診)でがんと診断した。

血液検査	CT	細胞診	組織診
A病院	A病院	A病院 届出	B病院 届出

⑪診断施設・⑬診断根拠

A病院：⑪ 1. 自施設診断、
⑬ 3. 細胞診

B病院：⑪ 1. 自施設診断、
⑬ 1. 原発巣の組織診
(または2. 転移巣の組織診)

例2) A病院は生検でがんと診断し、B病院へ紹介。B病院では、画像診断で治療範囲を決め、治療を行った。

組織診	画像診断
A病院 届出	B病院 届出

⑪診断施設・⑬診断根拠

A病院：⑪ 1. 自施設診断、⑬ 1. 原発巣の組織診
(または2. 転移巣の組織診)

B病院：⑪ 2. 他施設診断、⑬ 1. 原発巣の組織診
(または2. 転移巣の組織診)

注) がんと診断した検査の内、最も確からしい検査を行った最初の施設が「自施設診断」となります。
⑬診断根拠は、全経過で最もコード番号の小さいものが選ばれますが、届出を行う際は、自施設以前の情報のみで選択して下さい。紹介先以降で行った検査については、含みません。

⑫治療施設の考え方

当該がんの縮小・切除を意図したがん組織に対する治療のうち、最初の診断に引き続いて行われる、腫瘍に対する治療を初回治療とします。

例1) A病院でがんの検査・診断・治療・経過観察を行った場合

⑫治療施設 A病院：2. 自施設で初回治療を開始

診断・治療・観察等を行いながら経過					
受診	検査	診断	治療	経過観察	死亡
A病院	A病院	A病院	A病院 届出	A病院	※

例2) A病院でがんと診断し、治療のためB病院へ紹介。初回治療ア、イを計画し、治療アをB病院、治療イをC病院で行った。経過観察はA病院で行った。

- ⑫治療施設 A病院：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
 B病院：2. 自施設で初回治療を開始
 C病院：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継続

診断・治療・観察等を行いながら経過

受診	検査	診断	治療ア	治療イ	経過観察	死亡
A病院	A病院	A病院 届出	B病院 届出	C病院 届出	A病院	※

例3) A病院でがんと診断し、積極的治療を行わず、経過観察を行った。

- ⑫治療施設 A病院：2. 自施設で初回治療を開始

受診	検査	診断	治療	経過観察	死亡
A病院	A病院	A病院 届出	/	A病院	※

例4) A病院でがんと診断し、積極的治療を行わず、B病院へ経過観察のため転院。

- ⑫治療施設 A病院：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
 B病院：2. 自施設で初回治療を開始

受診	検査	診断	治療	経過観察	死亡
A病院	A病院	A病院 届出	/	B病院 届出	※

例5) A病院でがんと診断したが、積極的治療を行わず、他疾患の治療および経過観察。他疾患の治療が終了のため、B病院へ経過観察継続のため転院。

- ⑫治療施設 A病院：2. 自施設で初回治療を開始
 B病院：4. 初回治療終了後に、自施設に受診

受診	検査	診断	治療	経過観察	死亡
A病院	A病院	A病院 届出	/	A病院 B病院 届出	※

例6) A病院でがんと診断し、初回治療計画により、治療のためB病院へ紹介。経過観察は、C病院で行っていた。増悪が認められたため、D病院で治療を受けた。

- ⑫治療施設 A病院：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
 B病院：2. 自施設で初回治療を開始
 C病院：4. 初回治療終了後に、自施設に受診
 D病院：4. 初回治療終了後に、自施設に受診

受診	検査	診断	治療	経過観察	治療
A病院	A病院	A病院 届出	B病院 届出	C病院 届出	D病院 届出

例7) A病院でがんと診断し、初回治療計画により、治療のためB病院へ紹介。経過観察は、C病院で行っていた。数年後、転居先のD病院で症状受診、再発と診断され治療を行った。

- ⑫治療施設 A病院：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
 B病院：2. 自施設で初回治療を開始
 C病院：4. 初回治療終了後に、自施設に受診
 D病院：4. 初回治療終了後に、自施設に受診

受診	検査	診断	治療	経過観察	再発・治療
A病院	A病院	A病院 届出	B病院 届出	C病院 届出	D病院 届出

例8) 死亡診断書(解剖またはAi)で初めてがんと診断された。

- ⑫治療施設 A病院：8. その他

受診	検査	診断	治療	経過観察	死亡
					A病院 届出

多重がんについて

一人の人が同時性や異時性で複数のがんが診断される場合があります。腺癌と扁平上皮癌など明らかに組織型が違う場合は、多重がんになりますが、それ以外では、別のがん(多重がん)であるのか、がんの転移や再発であるのかの判断が必要です。

全国がん登録では、担当医師(または病理医)の判断に従って届出をお願いします。ただし、上皮内がんから浸潤癌へと性状が変更した場合は、別のがんとして、届出を行ってください。

院内がん登録では、全国がん登録とは違う多重がんルールを使っています。

院内がん登録実施施設の方へ：院内がん登録と全国がん登録では、多重がんルールなど、考え方の違いが出る場合があります。実際の届出で迷う場合は、院内がん登録のルールで届出をお願いいたします。

※全国がん登録のみの施設の方は、届出マニュアル等でご確認の上、届出をお願いいたします。

提出物の郵送先

〒770-0042
徳島市蔵本町1丁目10-3

(公財) とくしま未来健康づくり機構
徳島県がん登録室 宛て

TEL: 088-633-2266

親展

※必ず、「(公財) とくしま未来健康づくり機構」または「徳島県総合健診センター」とご記入ください。

問合せ先

全国がん登録の届出に関すること・がん登録情報の利用に関する窓口

徳島県がん登録室 公益財団法人とくしま未来健康づくり機構 内
電話 : 088-633-2266 (ガイダンスに従い総務課へつなぎ、「がん登録室」を呼び出してください。がん登録に関する内容は、必ずがん登録室職員にお伝えください。)
e-mail : touroku@toku-souken.jpn.org ホームページ : <http://tcr.jpn.org/>

全国がん登録に係る指定診療所の登録や法律に関すること

徳島県保健福祉部健康づくり課 がん・疾病対策担当
電話 : 088-621-2999
e-mail : kenkoudukurika@pref.tokushima.jp

オンラインシステムに関すること

国立がん研究センター

がん登録オンラインシステム :
https://gan.joho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/e-rep/online.html
(こちらに記載のお問い合わせフォームよりご連絡ください)

全国がん登録に関する Web ページのご案内

◎「全国がん登録 届出マニュアル 2022」のダウンロード

⇒ https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/rep-manu.html

全国がん登録 届出マニュアル



◎全国がん登録への届出（がん登録オンラインシステム、電子届出票ダウンロード、Hos-CanR Lite の提供）

⇒ https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/e-rep/index.html

◎院内がん登録「部位別テキスト」、「UICCTNM 分類第 8 版準拠がんの拡がりと進行度」

⇒ https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/hospital/manual.html

※5 大がん（胃、大腸、肝、肺、乳腺）の部位別テキストと TNM から進展度の変換表を閲覧・ダウンロードできます。

◎「全国がん登録に関する Q&A」

⇒ https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/qa/index.html

※全国がん登録の「よくあるご質問と回答」をまとめたページです。

◎厚生労働省「がん登録等の推進に関する法律」、「全国がん登録 罹患数・率 報告」

⇒ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_toroku.html

※全国がん登録の法的根拠、およびその成果が閲覧できます。

◎徳島県保健福祉部健康づくり課 『全国がん登録』について

⇒ <https://www.pref.tokushima.lg.jp/ippanokata/kenko/kenko/5034041/>

※徳島県での全国がん登録について、指定診療所の登録・変更・廃止、利用申請に関することを掲載しています。

◎徳島県がん登録室

徳島県 全国がん登録



⇒ <http://tcr.jpn.org/>

※全国がん登録に関すること、研修会に関すること、利用申請に関すること、徳島県の全国がん登録報告書などを掲載しています。