

令和7年度全国がん登録実務者研修会

全国がん登録届出方法・提出前の確認事項

目次

- 届出票の作成と提出
- 提出前の確認事項



全国がん登録 届出票の作成と提出

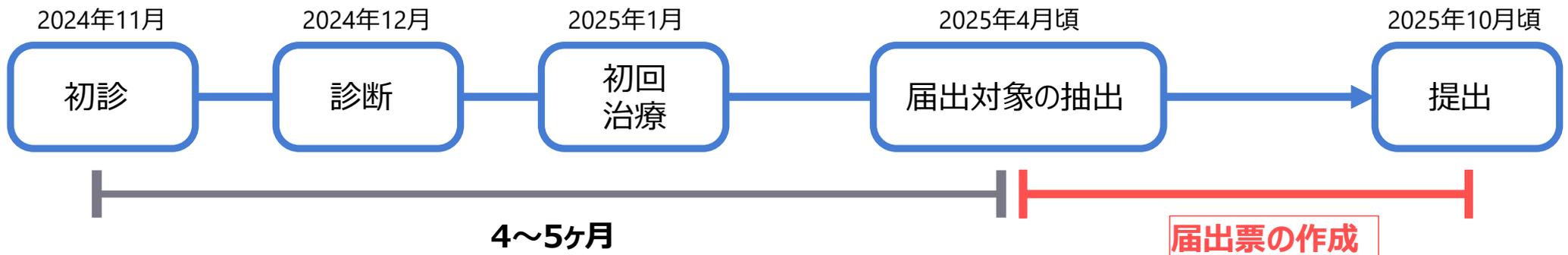
届出票の作成と提出



全国がん登録 届出対象の抽出

いつ見つけ出しするのか?

例



【登録候補の見つけ出し（ケースファインディング）】
病院情報システムから必要な情報を定期的に抽出
例:病名による見つけ出しの場合、
病名開始日から4~5ヶ月後に候補リストを出力

【登録対象の決定】
診断から4~5ヶ月後に、登録実務者が判定する

各病院、診療所で考えます

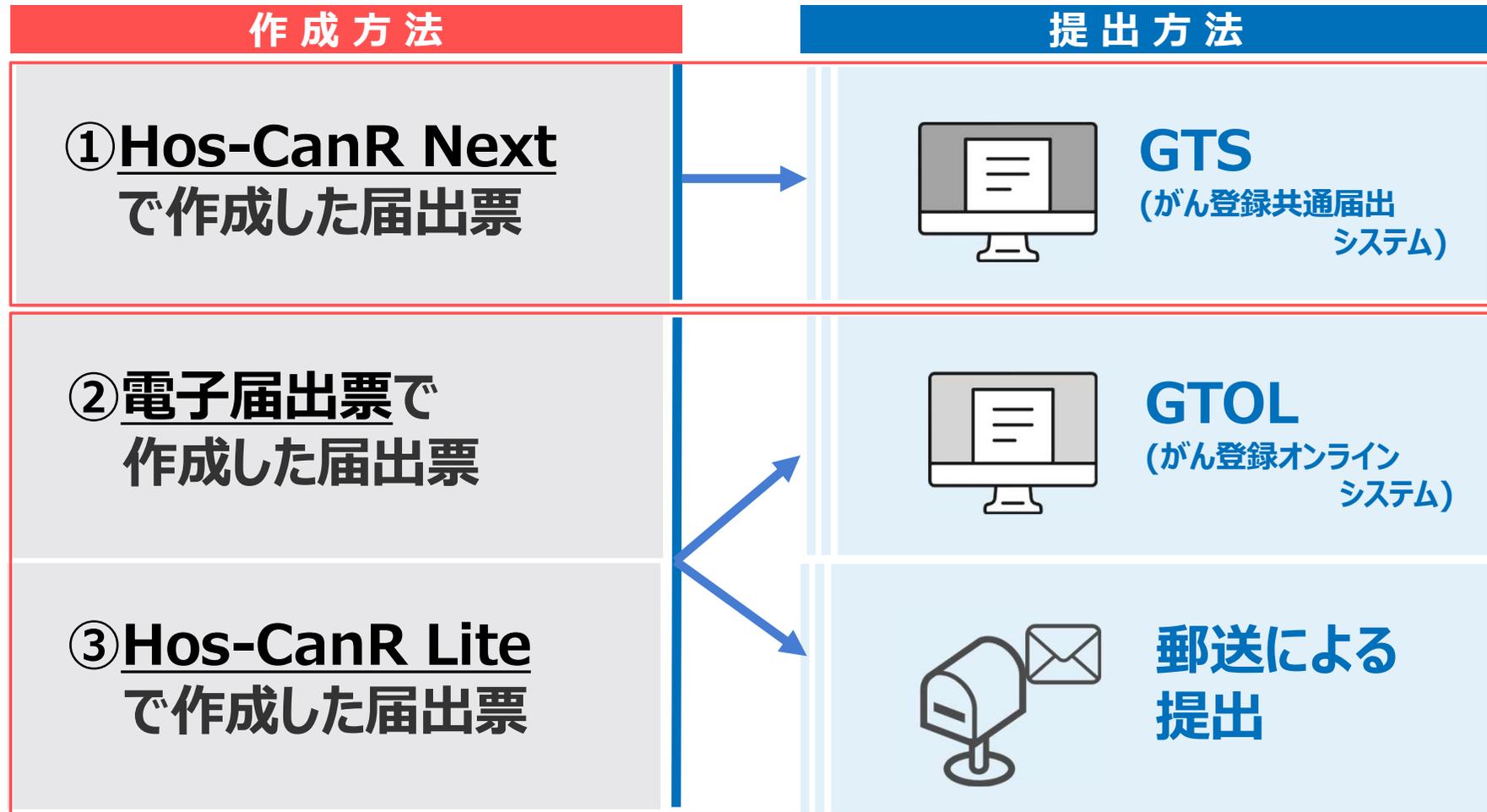
何をベースに?

→カルテ、病理レポート、DPC、レセプト、
部門システムデータ、医師の報告・・・

どうやって判断する?

→ICD10、クラス判定、病名、検査、病理診断テキスト、
治療情報・・・

全国がん登録 届出票の作成と提出



届出票の作成と提出 ①Hos-CanR Nextで作成した届出票

作成方法

① Hos-CanR Nextで 作成した届出票

Hos-CanR Nextとは院内がん登録支援ソフトのこと

がん情報サービス_院内がん登録支援ソフトの提供
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/hospital/support_software.html

提出方法



GTS(がん登録共通届出システム)で提出

院内がん登録をGTS(がん登録 共通届出システム)で提出すると、自動的に26項目が全国がん登録に提出される

届出票の作成と提出

② 電子届出票で作成した届出票

作成方法

①

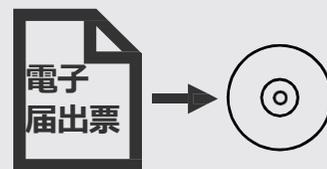


電子届出票をダウンロード

②



データを直接入力し、電子届出票を作成



電子届出票を外部記録媒体に保存

提出方法

埼玉県推奨



GTOL
(がん登録オンラインシステム)



郵送による提出

届出票の作成と提出 電子届出票について

電子届出票の特徴

1ファイルに10症例の作成が可能
 例) 15症例ならば2つのファイルを
 ダウンロードする必要がある
 編集期間が60日間と制限がある
 電子届出票を開くには最新バージョンの
 Adobe Acrobat Readerが必要

<<チェックが完了していません>>
 右下の「確定」ボタンを押してください

全国がん登録 届出申出書

届出種別を選択してください

届出種別 届出票 CSVファイル添付

電子届出ファイルの使い方

- 届出票
 - 届出申出書に病院・届出担当者情報を入力してください
 - 届出票に情報を入力してください
※最大10件まで入力できます
 - 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください
- CSVファイル添付
 - 届出申出書に病院・届出担当者情報を入力してください
 - CSVファイルを添付してください
 - 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

病院・届出担当者情報を入力してください

都道府県	東京都	病院等の名称	東京都 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
病院等の所在地			
管理者氏名			
届出担当者氏名			
届出担当者電話番号			
届出担当者メールアドレス			
届出担当者FAX			
届出票件数			
添付ファイル件数			
添付ファイル内件数			
コメント			

(全半角256文字)

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	東京都 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院		
②診療録番号	[全半角16文字]		
③カナ氏名	シ	メイ	[全角カナ10文字]
④氏名	氏	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	0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 [] 年 [] 月 [] 日		
⑦診断時住所	都道府県選択 [] 市区町村以下 [] (全半角40文字)		
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 []		
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	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. 創傷発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明		
⑯進行度・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進行度・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		
⑱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	
	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	
	⑱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	
	⑱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	
	⑱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その他治療	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	0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 [] 年 [] 月 [] 日		
備考	[] (全半角128文字)		

届出票の作成と提出 GTOLについて

GTOL(がん登録オンラインシステム)の特徴

各医療機関のパソコンと全国がん登録のサーバをVPN回線をつなぐことで、外部記録媒体による届出に比べ、全国がん登録データベースへのウィルス感染の危険や、輸送中の紛失、破損事故を無くすことができ、安全に届出を行うことができる

「CD-R」等で提出する場合、疾病対策課(がん登録室)ではエラーの修正ができず、各施設でエラー修正を行う必要があります。GTOLでの提出では、エラー修正のための複数回の郵送は不要となるため、事務負担が削減できます。

安全な届出提出と事務負担が削減のため、オンラインによる届出に変更いただきますよう御協力お願いいたします

●全国がん登録への届出 **がん登録オンラインシステム**

【がん登録オンラインシステム (GTOL) 定期メンテナンスのお知らせ】(2025年4月25日)

がん登録オンラインシステム (GTOL) の安定的な運用のため、2025年4月より、毎月第4 火曜日18:00 から翌朝までを定期メンテナンス時間とさせていただきます。メンテナンス時間中にアクセスされた際には、メンテナンス中を示す画面が表示されご利用いただけません。

ご利用の皆様にはご不便をおかけいたしますが、ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

【重要なお知らせ】2023年3月以前よりご利用いただいていた医療機関ユーザー様へ (2024年12月23日)

GTOLは2023年5月にリニューアルいたしました。従来からご利用いただいている医療機関ユーザーの方であっても、ご利用にはあらためて新しいVPN接続ツール、クライアント証明書、ログインパスワードなどが必要となります。また、これまでご利用いただいていたGTOL、Cisco AnyConnect、Soliton Keymanagerなどは今後ご利用いただけません。

すでに2023年5月には、ご登録いただいているメールアドレスへ個別にご案内させていただいておりますが、もしお手元にてご確認いただけない場合には、お手数ですが窓口までお問い合わせください。

その他のマニュアル類やFAQ (よくあるお問い合わせについて) は本ページの下部や、画面右側のメニューバーより閲覧、ダウンロードいただけます。

これから利用する、あるいはご利用をご検討されている医療機関の皆様へ
本ページに記載された内容や、関連資料をご覧ください、ぜひGTOLによるオンライン届出をご検討ください。ご利用手続きは、以下のリンク先から申請用サイトにてお願いいたします。

外部サイト：GTOLご利用手続きサイトへ
(パソコンサイトからのみご利用可能です)

国立がん研究センター> がん対策情報> がん登録> 全国がん登録> 病院・診療所向け情報> 全国がん登録への届出> がん登録オンラインシステム

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

全国がん登録への届出

電子届出票ダウンロード

Hos-CanR Liteの提供

がん登録オンラインシステム

がん登録
オンラインシステム



よりよい情報提供を行うために、アンケートへの協力をお願いいたします。

届出票の作成と提出 郵送による提出について

郵送による届出代行の特徴

各医療機関が作成した届出票の電子ファイルを埼玉県がん登録室で代行届出します。

**エラーが発生した場合、代行届出ではエラー修正ができません。
埼玉県がん登録室から修正・再送付の御連絡をいたします。**

個人情報保護のためデータを暗号化、追跡可能な方法でがん登録室へ郵送してください。

FAXやEメールでの移送は禁止

提出先：

埼玉県保健医療部疾病対策課 **がん登録室**

〒330-0063

埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目13番3号 衛生会館2階



このあたりです

表面の許可された部位に「**取扱注意**」と**赤字**で御記入ください。

届出票の作成と提出 ③Hos-CanR Liteで作成した届出票

作成方法

①



Hos-CanR Liteで提出用データを作成し、[CSVファイル]出力する

②

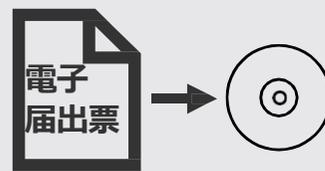


電子届出票をダウンロード

③



電子届出票に出力したデータを添付



電子届出票を外部記録媒体に保存

提出方法

埼玉県推奨



GTOL

(がん登録オンラインシステム)



郵送による提出

届出票の作成と提出 Hos-CanR Liteについて

Hos-CanR Lite(電子届出がん登録専用ソフト)の特徴

- 全国がん登録の業務支援に特化したデータ入力ソフトウェア
- データの登録作業や届出票の提出に必要なCSVファイルの出力対応

入力できる症例数に制限がない
編集期間に制限がない
データの長期保存ができ、修正しやすい
届出に必要なCSVファイルの出力に対応

導入時に国立がん研究センターへの事前の申し込みが必要

The screenshot displays the Hos-CanR Lite software interface. The window title is 'Hos-CanR Lite - [データの入力 - [全国がん登録届出票]]'. The interface is divided into a left sidebar menu and a main data entry form. The sidebar menu includes options like '登録検索(W)', '新規登録(R)', '登録データ一覧(A)', 'ファイルから入力(S)', 'ファイルから出力(D)', '環境設定(O)', and 'データの一括更新(L)'. The main form contains various input fields for patient information, including '病歴診断', '診断情報', '進行度', '初回治療_観血的治療', '初回治療_その他治療', '死亡日', and '備考'. The '備考' field has a character limit of '(全半角256文字以内)'. At the bottom, there is a section for '出力済みフラグ' with a dropdown menu set to '未出力'.

国立がん研究センター> がん対策情報> がん登録> 全国がん登録> 病院・診療所向け情報> 全国がん登録への届出> Hos-CanR Liteの提供
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/hospital/e-rep/hoscanrlite.html

提出前の確認事項

項目	ポイント
<input type="checkbox"/> 未入力がないかどうか	
<input type="checkbox"/> 日付の順序に矛盾はないか	生年月日 < 診断日 < 死亡日
<input type="checkbox"/> 局在と側性に矛盾はないか	側性がある臓器なのに左右がない、 側性がない臓器なのに左右がある など
<input type="checkbox"/> 局在・形態コードと性別に矛盾はないか	子宮頸部なのに男性、前立腺なのに女性 など
<input type="checkbox"/> 形態コードと診断根拠は適した組合せか	診断根拠が臨床検査で、形態コード8312/3(腎細胞癌)など
<input type="checkbox"/> 性状と進展度に矛盾はないか	性状コード /3なのに進展度が上皮内 など
<input type="checkbox"/> 各項目で「不明」がないかどうか	カルテを確認したか、医師に確認して不明だったか
<input type="checkbox"/> 治療施設と初回治療に矛盾はないか	他施設治療なのに初回治療項目に「1.自施設で施行」がないか
<input type="checkbox"/> 治療の有無と治療結果に矛盾はないか	⑱～⑳「1.自施設で施行」に対し、㉑が「6.観血的治療なし」 など
<input type="checkbox"/> 備考欄の確認	㉕その他の治療をチェックした際に、備考欄の記入はあるか、 紹介関係の記入はあるか など

不備等がある場合、詳細の確認のため御連絡いたします

提出前の確認事項

□ 未入力がないかどうか

氏名が異体字で入力できないときは、●で置き換えて、備考欄に正式な漢字情報を記入。

住所は、全角入力。
(数字・アルファベット・カナ・記号も)

☑ 全国がん登録届出票①

①病院等の名称	13009 東京都 病院		
②診療録番号	1 2 3 4 5 (全半角16文字)		
③カナ氏名	シ コクリツ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)	
④氏名	氏 国立 (全角10文字)	名 太郎 (全角10文字)	
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 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 年 月 日		
⑦診断時住所	都道府県選択 東京都 (全半角40文字) 市区町村以下 中央区築地		
⑧病の種類	⑧性別	<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	脳、脊髄、脳神経系の中脳神経系	
	⑩病理分類	大脳 C71.0	
	⑪病理診断	海綿状血管腫 9121/0	
⑨診断情報	⑫診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断	
	⑬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 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 <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	
	⑭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	
	⑮診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 年 月 日	
⑩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.副検発見 <input type="checkbox"/> 8.その他 <input type="checkbox"/> 9.不明		
	⑯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 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		
⑪初回治療	⑱外科的	<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	
	⑲鏡視下	<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	
	⑲内視鏡的	<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	
	⑲観血的治療の範囲	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 9.施行の有無不明		
⑲死亡日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 年 月 日		
備考	(全半角128文字)		

□ 日付の順序に矛盾がないか (生年月日 < 診断日 < 死亡日)

6.生年月日



14.診断日



26.死亡日(あれば)

※他施設で亡くなった場合、死亡日欄には記入せず、備考欄にその旨を記入。

提出前の確認事項

□ 局在と側性に矛盾はないか

カルテに左右の記載があっても、選択できる部位、できない部位があるため注意!

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	乳房	
		詳細分類	乳房上外側4分の1(C)	
				C504

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	脳葉および脳室を除く大脳	
		詳細分類	脳葉および脳室を除く大脳	
				C710

側性のない臓器です。「7.側性なし」に変更してください。

腫瘍の種類	⑧側性		<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input checked="" 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	乳房	
		詳細分類	乳房上外側4分の1(C)	
				C504

左右どちらかに変更してください。
両側乳房にがんを確認できたら、届出票は2枚（左右）提出してください。

提出前の確認事項

□ 局在・形態コードと性別に矛盾はないか。

チェックすると入力できるようになります

性別が違うのか、局在コードが違うのか、確認してください。

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		B病院							
②診療録番号		1 1 1 1 1 1		(全半角16文字)					
③カナ氏名		シ	サイタマ	(全角カナ10文字)	メイ	ハナコ	(全角カナ10文字)		
④氏名		氏	埼玉	(全角10文字)	名	花子	(全角10文字)		
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 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令		1974	年	2	月	2	日
⑦診断時住所		都道府県選択		埼玉県				(全半角40文字)	
		市区町村以下		さいたま市浦和区高砂 3 - 1 5 - 1					
腫瘍の種別	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		卵巣			C569	
			詳細分類		卵巣			C569	

提出前の確認事項

□ 形態コードと診断根拠は適した組み合わせか

医師が画像診断名を記載しているも、顕微鏡学的に診断されていない場合は、組織型は下記。ただし、例外があります。

⑩病理診断か⑬診断根拠を変更してください。

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	腎盂を除く腎
		詳細分類	腎
	⑩病理診断	組織型・性状	腎細胞癌,NOS
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、他施設に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 <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 checked="" type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明	

(よくある症例) MRI所見から腎細胞癌と診断、経過観察

(誤入力) 組織型：腎細胞癌 8312/3
診断根拠：5.臨床検査

(正解) 組織型：悪性腫瘍、NOS (腎細胞癌) 8000/3
診断根拠：5.臨床検査

提出前の確認事項

□ 性状と進展度に矛盾はないか

初回治療（術前治療なし）で、観血的治療にチェックした場合、

1. 病理診断・形態コードが「○○○○/2」のとき、

⑰進展度・術後病理学的は、「400.上皮内」を選択。

類	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮内腫瘍、高異型度	8077/29
行 度	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		

2. 病理診断・形態コードが浸潤「○○○○/3」のときは、

⑰進展度・術後病理学的は、「410.限局」「420.領域リンパ節転移」「430.隣接臓器浸潤」「440.遠隔転移」から選択

類	⑩病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌、低分化	8500/33
行 度	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 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		

提出前の確認事項

□ 性状と進展度に矛盾はないか

原発部位不明「C 80.9」の場合、「499.不明」

種類	原発部位	詳細分類	
		原発部位不明	C809
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 type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	

部位に「C42.0（血液）、C42.1（骨髄）」を選択した場合、「777.該当せず」

種類	原発部位	詳細分類	
		骨髄	C421
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	

提出前の確認事項

□ 各項目で「不明」がないかどうか。

項目	ポイント
⑭診断日	9999/99/99 (不明)
⑬診断根拠	9「不明」
⑮発見経緯	9「不明」
⑯進展度・治療前	499「不明」
⑰進展度・術後病理学的	499「不明」
⑱外科的	9「施行の有無不明」
⑲鏡視下	9「施行の有無不明」
⑳内視鏡的	9「施行の有無不明」
㉑観血的治療の範囲	9「不明」
㉒放射線療法	9「施行の有無不明」
㉓化学療法	9「施行の有無不明」
㉔内分泌療法	9「施行の有無不明」
㉕その他治療	9「施行の有無不明」

基本的に自施設で行った初回治療の施行の有無を選択するので、「不明」はカルテを確認してください。

項目⑱～⑳、㉒～㉕は、自施設で実施なければ「2.自施設で施行なし」を選択

提出前の確認事項

□ 治療施設と初回治療に矛盾はないか

治療施設が1.4.8の場合（他施設治療）は、初回治療情報はすべて「2. 自施設で施行なし」を選択。その際、⑰進展度・術後病理学的は必ず「660.手術なし・術前治療後」を選択。（局在コードがC42.0又はC42.1の場合を除く）

診断情報	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 checked="" 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

進展度	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	<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		
	⑲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		
	⑳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		
	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 checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし	<input type="checkbox"/> 9. 不明	
	その他治療	㉒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	
		㉓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	
㉔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		
	㉕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		

提出前の確認事項

□ 治療の有無と治療結果に矛盾はないか

⑱、⑲、⑳と㉑の関連はどうですか？

初回治療	⑱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
	⑲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
	⑳内視鏡的	<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
	㉑観血的治療の範囲	<input checked="" 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

選択項目

㉑観血的治療の範囲

初回治療における「⑱外科的・⑲鏡視下・⑳内視鏡的治療」が、実施された（1.自施設で施行）場合

1.腫瘍遺残なし
4.腫瘍遺残あり

初回治療における「⑱外科的・⑲鏡視下・⑳内視鏡的治療」が、実施されなかった（2.自施設で施行なし）場合

6.観血的治療なし

提出前の確認事項

備考欄の確認

	療	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="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令	年	月	日
		備考	(全半角128文字)			

以下の場合のように、同一人物の照合に役立つ情報は備考欄に記入してください。

事例	記載事項
他施設からの紹介、他施設へ紹介がある	紹介元・紹介先の医療機関情報
婚姻等で氏名が変更した	漢字表記や氏名の情報
診断時住所と新住所が異なる	住所に関する情報
届出以外に既往のがんがある	既往のがんに関する情報
「25.その他の治療」を実施した	治療内容に関する情報
病理診断報告書で判断が迷う	病理診断報告書の内容

備考欄を活用していただくことで、登録室で判断できることが増え、医療機関への問合せを減らすことができます。



埼玉県マスコット「コバトン」「さいたまっち」

ご視聴ありがとうございました

