

福岡県悪性新生物患者届出票 秘

事務局 使用欄	受付番号
	受付年月日

使
事
務
局

医療機関	名称		照会先所属	届出者	
貴院患者ID			性別	生年月日	
姓・名 (漢字)			1 男 2 女 3 他	0 西暦 1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和 4 平成	
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)	病理診断名 詳細をお願いします		
	部位 臓器名と詳細部位	(例 胃U, 肺S2, など) 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		患者の全経過を通じて、がん と診断する根拠となった 検査に○ (初回治療前の 診断に限定しない)	
	診断日	自施設 診断日	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成	・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	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成	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	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	
	UICC TNM*	T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> ステージ <input type="text"/>	(地域がん登録では病巣の拡がりを集計する。 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する。)		
	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		1 有 2 無			
その他	1 有 () 2 無				
死亡年月日	0 西暦 年 月 日 1 平成				
オプション (自由記載欄)					