

兵庫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  
用  
務  
欄  
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)		男	西暦	明治	年 月 日	
		女	大正	昭和	平成	
診断時住所						
診断名	左右 <small>両側臓器のみ記載</small>	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 <small>臓器名と詳細部位</small>	(例 胃U, 肺S2, など)  <small>悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載</small>				
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				
	診断方法 (複数回答可)	原発巣の組織診 部位特異的腫瘍マーカー(PSA, AFP, HCG, VMA, 免疫グロブリン高値) 臨床検査	転移巣の組織診	細胞診	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	西暦	年	月	日
		初回 診断日	西暦	年	月	日
発見経緯	がん検診 剖検	健診・人間ドック 自覚症状・その他・不明	他疾患の経過観察中			
病期  <small>・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</small>	病巣の拡がり	上皮内 隣接臓器浸潤	限局 遠隔転移	所属リンパ節転移 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。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。)	
	UICC TNM※	T	N	M	ステージ	
	その他	「病巣の拡がり」欄の判定(記入)ができない場合に限り、その判定に役立つ情報をご記入ください。				
初回治療  <small>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</small>	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		
	その他の治療	観血的治療を総合 した治療効果	原発巣切除 (1 治療切除 2 非治療切除 3 治療度不明) 姑息・対症療法・転移巣切除・試験開腹 不詳			
		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						
死亡年月日	西暦	年	月	日		
備考	(患者の紹介先、病状等参考になる事項がありましたらご記入ください。)					

## 兵庫県悪性新生物患者届出票の記入方法について

## ○ 届出対象者

- ・ 県内の医療機関で発見されたすべてのがん患者

## ○ 届出疾患

- ・ 全悪性新生物（上皮内がんを含む）
- ・ 頭蓋内の新生物（良性及び性状不詳の新生物を含む）

## ○ 届出時期（他医からの届出の有無にかかわらず。）

- ・ 入院患者は退院時
  - ・ 外来患者は治療終了時または検査・治療のために他院に紹介した時
  - ・ 患者死亡時（既に届出された患者については、死亡されてからこの項目のための提出は不要）
- 上記のいずれかのうち、一番早い時期で、1腫瘍につき1回限りの届出。

## ○ 多重がんの場合は、診療内容が全く同じであっても、それぞれの部位について届出票を作成願います。

## 【お問合せ先】

## ○ 悪性新生物（がん）登録事業に関するお問合せ先

兵庫県健康福祉部健康局疾病対策課がん・難病対策班

住所：〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1

電話：078-362-3202 FAX：078-362-9474

## ○ 悪性新生物（がん）患者届出票の記入方法・不足分の請求、送付用封筒不足分の請求等に関するお問合せ先

公益財団法人兵庫県健康財団がん登録室

住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町6-3-1

電話：078-793-9340 FAX：078-793-4841