

# 令和8年度 全国がん登録実務者研修会

## 講演 事前課題[4問]

---

# 演習① 66歳 男性

## <現病歴>

- 2026/01/26 人間ドックの内視鏡検査において、胃体中部大彎に粘膜下腫瘍を疑われ、精密検査となった。
- 2026/01/31 C病院に精査・治療目的で受診。上部消化管内視鏡で同部の生検が施行された。
- 2026/02/02 超音波検査、胸腹部CT検査などによる全身検索が行われたが、転移性病変は認めなかった。
- 2026/02/07 病理所見から、胃MALTと診断されたため、外科手術を勧められ、本人が当院での治療を希望されたため、紹介受診。

節外性リンパ腫の代表

## <経過>

- 2026/02/09 当院消化器科初診。発熱や体重減少は認めなかった。
- 2026/02/13 上部消化管検査を再検。胃体中部大彎の粘膜下腫瘍を認め、超音波内視鏡では、粘膜下層から筋層に及ぶ2×1.5cm径の腫瘍と診断。同部で針生検を施行した。

## 演習① 66歳 男性

- 2026/02/20 ご本人、ご家族へ『前医の検査により転移性病変は認めないので、まずはピロリ菌除菌の後、腫瘍が残存している場合は放射線治療をおこないきましょう』と説明し、同意された。
- 2026/02/23 除菌開始
- 2026/04/20 上部消化管内視鏡を施行し、MALTリンパ腫の残存が認められたため、放射線治療を行うこととなった。
- 2026/04/26 放射線治療開始。

### <病理報告（C病院）>

- 胃体部大彎からの生検標本です。MALTリンパ腫、H.P：（+）

### <病理報告（当院）>

- Malignant lymphoma, low grade MALT type（B cell）胃体中部大彎からの針生検標本です。一部に組織の挫滅を認めますが、粘膜下層に標記の組織が存在します。

ピロリ陽性

# 回答用紙① 66歳 男性

|       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 type="checkbox"/> 9. 不明                                                                                               |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑨原発部位 | 大分類    | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                     |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |       | 詳細分類   | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                     |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状 |                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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後の経過不明<br><input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始<br><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<br><input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診<br><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<br><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 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                                                                                          |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 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<br><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<br><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<br><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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回治療 | 観血的治療       | 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                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |             | 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 <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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ㉔死亡日 |             | <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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考   |             | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">(全半角128文字)</div>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 演習② 26歳 女性

Gaシンチグラム：放射性医薬品の（ガリウム67）クエン酸塩を静脈注射し、一定時間後に頭部から足側まで全身を撮影して、異常集積の有無を調べる核医学検査。現在は、病期診断や治療効果判定はFDG-PET/CTが中心で、Gaシンチは以前ほど使用されない。

### <現病歴>

2025年11月下旬から左頸部腫脹を自覚するも放置していた。2026/01/05頸部腫脹が増大してきたため、近医受診。同日の超音波検査で左頸部のリンパ節腫脹を認めたことから、リンパ腫を疑われ、当院血液内科紹介。

### <経 過>

- 2026/01/11 当院紹介初診。発熱、体重減少などの症状はなく、左頸部に拇指頭大、右頸部に小指頭大のリンパ節腫脹を認めるのみで、腋窩、鼠径リンパ節に腫大は認めなかった。
- 2026/01/14 頸部超音波検査を施行。左頸部3cm大、右頸部にも1cm大の腫大リンパ節を認め、超音波ガイド下で頸部リンパ節生検施行。
- 2026/01/20 全身Gaシンチグラムを施行。両腋窩、両肺野、にHotSpotを認め、リンパ腫の侵襲と考えられます。
- 2026/01/24 検査の結果、頸部リンパ節原発のホジキンリンパ腫と診断。外来で化学療法を行うことを、本人、両親に説明。
- 2026/01/27 外来で化学療法（ABVD）を開始。

### <病理報告>

（頸部リンパ節生検） Classic Hodgkin lymphoma , nodular sclerosis

ホジキンリンパ腫に用いられる多剤併用化学療法  
A : Adriamycin（アドリアマイシン＝ドキソルビシン）  
B : Bleomycin（ブレオマイシン）  
V : Vinblastine（ビンブラスチン）  
D : Dacarbazine（ダカルバジン）

## 回答用紙② 26歳 女性

|       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 type="checkbox"/> 9. 不明                                                                                               |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑨原発部位 | 大分類    | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                     |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |       | 詳細分類   | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                     |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状 |                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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後の経過不明<br><input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始<br><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<br><input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診<br><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<br><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 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                                                                                          |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 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<br><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<br><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<br><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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回治療 | 観血的治療       | 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                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |             | 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 <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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ㉔死亡日 |             |           | <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                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考   |             |           | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">(全半角128文字)</div>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 演習③ 34歳 女性

### <現病歴>

2026/02/06 下腹部痛あり、近医受診。

2026/02/08 CTにて、後腹膜腫瘍を指摘される。

2026/02/15 本人の希望により、当院を紹介受診。

### <経過>

2026/02/15 当院初診。

2026/02/22 MRI：後腹膜に長径約164mmの腫瘤を認める。高悪性度な肉腫を疑う。

2026/02/23 生検施行。病理結果：Rhabdomyosarcoma、Grade3。摘出術後、放射線療法を行うこととなり、病名と治療について、本人、家族に説明された。

2026/03/05 手術目的に入院。

2026/03/06 軟部悪性腫瘍手術施行。

2026/03/26 術後照射開始。

2026/04/20 経過良好にて退院。

### <病理報告>

- Rhabdomyosarcoma、Grade3 16cm×13cm×6cm高悪性度な腫瘍を認め、周囲脂肪織を巻き込んでいる。切除断端は陰性。

# 回答用紙③ 34歳 女性

|       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 type="checkbox"/> 9. 不明                                                                                               |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑨原発部位 | 大分類    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                   |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |       | 詳細分類   | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                   |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状 |                                                                                                                                                                                                                                                          | <div><div></div></div> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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後の経過不明<br><input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始<br><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<br><input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診<br><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<br><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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <div><div></div></div> 年 <div><div></div></div> 月 <div><div></div></div> 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<br><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<br><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<br><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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回治療 | 観血的治療       | 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                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |             | 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 <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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ㉔死亡日 |             | <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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考   |             | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">(全半角128文字)</div>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 演習④ 22歳 女性

### <現病歴>

2026/02/21 背部痛を主訴に当院受診。

### <経過>

2026/02/21 整形外科初診。左背部に5cm径の腫瘤を触知。

2026/02/26 MRI検査施行。肩甲骨付近に5cm径の筋層内に広がる腫瘤を認める。

2026/02/28 左背部腫瘤生検。

2026/03/07 病理報告：Ewing sarcoma, G3。検査結果よりユーイング肉腫と診断。手術、術後化学療法を行うことを本人と家族に説明。

2026/03/19 手術のため入院。

2026/03/21 軟部悪性腫瘍手術施行。

2026/04/03 術後化学療法開始

2026/04/22 経過良好にて退院。

### <病理報告>

Ewing sarcoma, grade 3 横紋筋内に5cm×4.5cm×3.5cmの腫瘍を認める。合併切除された椎骨に腫瘍の進展は無いが、周囲脂肪組織を巻き込んでいる。また各切除断端に腫瘍の露出を認めない。

# 回答用紙④ 22歳 女性

|       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 type="checkbox"/> 9. 不明                                                                                               |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑨原発部位 | 大分類    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                   |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |       | 詳細分類   | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                   |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状 |                                                                                                                                                                                                                                                          | <div><div></div></div> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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後の経過不明<br><input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始<br><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<br><input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診<br><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<br><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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <div><div></div></div> 年 <div><div></div></div> 月 <div><div></div></div> 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<br><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<br><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<br><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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回治療 | 観血的治療       | 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                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |             | 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 <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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ㉔死亡日 |             | <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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考   |             | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">(全半角128文字)</div>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |