

近畿病歴管理セミナー

2019 年度

がん登録勉強会

2019. 12.14

【 解 答 】

《 演習問題 I 》

【問題】下記の①所見や組織名を確認し、語群より該当する組織名を②電子届出票に記入してください。

(ただし、組織名に関して情報の記載が必要な場合は、備考欄へ記入してください。)

	部位	①カルテや病理所見、放射線診断所見など		②電子届出票		備考欄
		所見内容	病理組織名および英語表記	(10) 組織・性状・コード		
(1)	胃 噴門部	病理所見	Tubular adenocarcinoma (tub1)	6.管状腺癌	8211/3	高分化型
(2)	胃 体部	病理所見	Signet-ring cell carcinoma	4.印環細胞癌	8490/3	
(3)	胃 体部	病理所見	Tubular adenoma	15.登録対象外	—	
(4)	上行 結腸	病理所見	Adenocarcinoma in situ in adenomatous polyp	7.腺腫性ポリープ内上皮内腺癌 Ⓒ上皮内腺癌	8210/2 Ⓒ8140/2	
(5)	下行 結腸	病理所見	Tubular adenocarcinoma in situ (tub1)	3.上皮内腺癌	8140/2	Tubular adenocarcinoma in situ (tub1)
(6)	肝臓	画像所見	Hepatocellular carcinoma	11.肝細胞癌	8170/3	
(7)	肝臓	病理所見	Hepatocellular carcinoma	11.肝細胞癌	8170/3	
(8)	肝内 胆管	画像所見	Cholangiocellular carcinoma	14.胆管癌(胆管細胞癌)	8160/3	
(9)	肝内 胆管	病理所見	Cholangiocellular carcinoma	14.胆管癌(胆管細胞癌)	8160/3	
(10)	肺	画像所見	肺腺癌	1.悪性腫瘍	8000/3	
(11)	肺	画像所見	肺腺癌の疑い	15.登録対象外	—	
(12)	肺	病理所見	Lepidic adenocarcinoma	8.肺胞置換型腺癌(MIA 含む)	8250/3	
(13)	肺	病理所見	Adenocarcinoma in situ	5.腺癌(AIS 含む) Ⓒ上皮内腺癌	8140/3 Ⓒ8140/2	Adenocarcinoma in situ
(14)	乳房	病理所見	DCIS (Ductal carcinoma in situ)	10.非浸潤性導管内癌	8500/2	
(15)	乳房	病理所見	Invasive ductal carcinoma Scirrhus type	13.浸潤性導管癌 (乳頭腺癌、充実腺癌、硬癌を含む)	8500/3	Scirrhus type

Ⓒ 院内がん登録での組織型・性状コードの登録方法。

【語群】

1.	悪性腫瘍	6.	管状腺癌	11.	肝細胞癌
2.	上皮内癌	7.	腺腫性ポリープ内上皮内腺癌	12.	小葉癌
3.	上皮内腺癌	8.	肺胞置換型腺癌 (MIA 含む)	13.	浸潤性導管癌 (乳頭腺癌、充実腺癌、硬癌を含む)
4.	印環細胞癌	9.	腺房型腺癌	14.	胆管癌 (胆管細胞癌)
5.	腺癌(AIS 含む)	10.	非浸潤性導管内癌	15.	登録対象外

《 演習問題Ⅱ 》

【11：診断施設】【12：治療施設】【14：診断日】についての演習問題

問 1～問 5 の演習問題について、全国がん登録届出マニュアルを参照、〔メモ〕欄を活用し、「11：診断施設」「12：治療施設」「14：診断日」を記入してください。
尚、がん登録対象外の症例については、「登録対象外」と記入してください。

※ 演習問題では下記のように記載してください。

- ・「診断施設」…コードと語句を記載。（例：1 自施設診断）
- ・「治療施設」…コードと語句を記載。（例：2 自施設で初回治療開始）
- ・「診断日」…日付は西暦で記入。（例：2019 年 1 月 1 日）

<問 1>

2018 年 8 月に左乳房にしこりを感じたが、そのままにしていた。

2019 年 4 月 5 日 症状が改善しないため自施設を受診。

同院での触診、超音波検査で乳癌が疑われ、精査および治療目的で B 病院へ紹介。

11：診断施設 登録対象外

12：治療施設 登録対象外

14：診断日 登録対象外

<問 2>

2019 年 4 月 10 日 当院初診。触診、超音波、組織診を施行。

超音波検査：領域左 CA、大きさ 22×20×15mm。

一部、脂肪組織と境界不明瞭。腋窩リンパ節の腫大あり、転移と考える。

2019 年 4 月 17 日 10 日に施行の組織診：Invasive ductal carcinoma との診断。

乳癌で手術を行い、術後化学療法は自宅近くの A 病院で行うこととなった。

2019 年 4 月 25 日 手術目的で入院。

2019 年 4 月 27 日 乳房部分切除術施行。

2019 年 5 月 10 日 術後問題なく退院。A 病院へ術後化学療法のため紹介となる。

11：診断施設 1. 自施設診断

12：治療施設 2. 自施設で初回治療開始

14：診断日 2019 年 4 月 10 日

<問 3>

2018 年 8 月に左乳房にしこりを感じたが、そのままにしていた。

2019 年 4 月 5 日 症状が改善しないため自施設を受診。

触診、超音波検査と生検で乳癌と診断された。治療目的で F 病院へ紹介。

2019 年 4 月 10 日 F 病院紹介受診。触診、超音波、細胞診および組織診を施行。

超音波検査：領域左 CA、大きさ 11×23×10mm。

一部、脂肪組織と境界不明瞭。腋窩リンパ節の腫大あり、転移と考える。

2019 年 4 月 17 日 10 日に施行の組織診：Invasive ductal carcinoma との診断。

乳癌で手術を行い、術後化学療法は自宅近くの自施設で行うこととなった。

2019 年 4 月 25 日 手術目的で入院。

2019 年 4 月 27 日 乳房部分切除術施行。

2019 年 5 月 10 日 術後問題なく退院。

2019 年 5 月 15 日 術後化学療法のため自施設受診し、化学療法開始となった。

11：診断施設 1. 自施設診断

12：治療施設 3. 他施設で初回治療開始後に、自施設に受診して初回治療を継続

14：診断日 2019 年 4 月 5 日

<問 4>

2018 年 8 月に左乳房にしこりを感じたが、そのままにしていた。

2019 年 4 月 5 日 症状が改善しないため自施設を受診。

触診、超音波検査で乳癌が疑われ、精査および治療目的で F 病院へ紹介。

2019 年 4 月 10 日 F 病院紹介受診。触診、超音波、細胞診および組織診を施行。

超音波検査：領域左 CA、大きさ 11×23×10mm。

一部、脂肪組織と境界不明瞭。腋窩リンパ節の腫大あり、転移と考える。

2019 年 4 月 17 日 10 日に施行の組織診：Invasive ductal carcinoma との診断。

乳癌で手術を行い、術後化学療法は自宅近くの自施設で行うこととなった。

2019 年 4 月 25 日 手術目的で入院。

2019 年 4 月 27 日 乳房部分切除術施行。

2019 年 5 月 10 日 術後問題なく退院。

2019 年 5 月 15 日 術後化学療法のため自施設受診し、化学療法開始となった。

11：診断施設 2. 他施設診断

12：治療施設 3. 他施設で初回治療開始後に、自施設に受診して初回治療を継続

14：診断日 2019 年 5 月 15 日

<問 5>

2016 年 8 月に左乳房にしこりを感じたが、そのままにしていた。

2017 年 4 月 5 日 症状が改善しないため自施設を受診。

同院での触診、超音波検査で乳癌が疑われ、精査および治療目的で B 病院へ紹介。

2017 年 5 月 10 日 B 病院紹介受診。触診、超音波、細胞診を施行。

超音波検査：領域左 CA、大きさ 22×20×15mm。

一部、脂肪組織と境界不明瞭。腋窩リンパ節の腫大あり、転移と考える。

2017 年 5 月 17 日 10 日に施行の細胞診：陽性、Invasive ductal carcinoma との診断。

乳癌で手術を行い、術後化学療法は自宅近くの自施設で行うこととなった。

2017 年 5 月 25 日 手術目的で入院。

2017 年 7 月 27 日 乳房部分切除術施行。

2017 年 8 月 10 日 術後問題なく退院。

2017 年 8 月 15 日 術後化学療法のため自施設受診し、化学療法開始となった。

2019 年 9 月 22 日 頸部が腫れたため、自施設に受診、2017 年の乳癌の転移と診断。化学療法を行うこととなった。

11：診断施設 登録対象外

12：治療施設 登録対象外

14：診断日 登録対象外

全国がん登録届出票〈症例問題1〉

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	C乳房上外側4分の1		C504	
10) 病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌（乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌を含む）		8500/3		
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 checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療せず、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 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	2019年 4月 5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 checked="" 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 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			
初回治療	観血的治療	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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考						

全国がん登録届出票〈症例問題2〉

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	D 乳房外下側 4 分の 1		C505	
10) 病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌（乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌を含む）		8500/3		
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 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	2019年 5 月 21 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 checked="" 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 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			
初回治療	観血的治療	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 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 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			
	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 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			
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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考		Scirrhus carcinoma				

全国がん登録届出票<症例問題 3>

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	B 乳房下内側 4 分の 1		C503	
10) 病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌（乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌を含む）		8500/3		
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 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	2019 年 3 月 10 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 checked="" 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 checked="" 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			
初回治療	観血的治療	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 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			
		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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考		Scirrhou type				

全国がん登録届出票<症例問題 4>

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	C乳房上外側4分の1		C504	
10) 病理診断	組織型・性状	非浸潤性導管内癌		8500/2		
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 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	2019年 6月 5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 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			
初回治療	観血的治療	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 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 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			
	その他治療	22) 放射線療法		<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		
		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 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		
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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考						

全国がん登録届出票<症例問題 5>

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	乳房			
		詳細分類	C乳房上外側4分の1		C504	
10) 病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌（乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌を含む）		8500/3		
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 checked="" 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 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	2019年 1月 10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 checked="" 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 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"/> 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			
初回治療	観血的治療	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 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			
		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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考		Solid type				

全国がん登録届出票<症例問題 6>

患者基本情報	1) 病院等の名称					
	2) 診療録番号					
	3) カナ氏名		シ		メイ	
	4) 氏名		氏		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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 年 月 日			
	7) 診断時住所					
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	乳房			
		詳細分類	C乳房上外側4分の1 C504			
10) 病理診断	組織型・性状	浸潤性導管癌（乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌を含む）		8500/3		
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	2019年 10月 12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 checked="" 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 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"/> 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			
初回治療	観血的治療	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				
26) 死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	年 月 日			
備考		Scirrhou carcinoma				