

# 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  
用  
務  
局  
欄

医療機関	名称		診療科	届出医師名		
貴院患者ID			性別	生年月日		
姓・名			1 男 2 女 3 他	〇 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日		
住所						
診断名	左右 両側臓器のみ記載	1 右 2 左 3 両側		病理診断名	詳細にお願いします	
	部位* 臓器名と詳細部位	(例 胃U, 肺S2, など)				
白血病は「骨髄」、悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載						
診断情報*	初発・再発	1 初発 2 再発・治療開始後 3 疑い例				
	診断方法 (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(AFPやPSAなど。CEAやCA19-9は部位特異的ではない) 5 臨床検査 (画像診断、内視鏡・体腔鏡・手術肉眼所見を含む) 6 臨床診断				
	診断日	自施設 診断日	〇 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成		診断日の優先順位は、診断方法1-3選択の場合は検体採取日、診断方法4-5選択の場合は検査日、診断方法6選択の場合は入院日、初診日	
		初回 診断日	〇 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成		前医で診断された場合や再発・治療開始後の場合は、初めて診断された日が分かればご記入ください	
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 その他・不明(自覚症状も含む)					
病期	病巣の拡がり	〇 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 不詳				
	UICC TNM*	T	N	M	ステージ	
	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。				
治療法*	観血的治療	1 手術	1 有 2 無			
		2 体腔鏡的(胸腔鏡・腹腔鏡)	1 有 2 無			
		3 内視鏡的	1 有 2 無			
		上記治療を総合した治療結果	1 治癒切除 2 非治癒切除 3 治癒度不明 4 姑息・対症療法 9 不詳			
	その他の治療	1 放射線	1 有 2 無			
		2 化学療法	1 有 2 無			
3 免疫療法		1 有 2 無				
4 内分泌療法	1 有 2 無					
9 その他						
死亡年月日	〇 西暦 年 月 日 1 平成					
オプション						