

徳島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 務 用 務 局	
R3.3						
医療機関	所在地 名 称		診療科			
貴院患者ID 問い合わせ時に使用			届出者			
(ふりがな)			性別	生 年 月 日		
姓・名 (漢字)			1 男	0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成		
2 女						
診断時住所	〒 市 町 郡 村					
診断名 白血病は「骨髄」、悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載	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)				
	部位コード (ICD-O-3)	C _ _ _ . _ _		病理診断コード (ICD-O-3)	M _ _ _ _ / _ _ _	
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 2 平成 年 月 日		・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 2 平成 年 月 日		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 ・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術前評価を優先	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 _ _ _ N _ _ _ M _ _ _ ステージ _ _ _		(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	1 手術	1 有 2 無			
		2 体腔鏡的	1 有 2 無			
		3 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	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				
その他						
死亡年月日	0 西暦 1 平成 年 月 日					
備考 (自由記載欄)						

※ 記載漏れなど不明瞭な部分をお問い合わせすることがありますので、連絡先等を含め漏れなくご記入下さい。

・ 公益財団法人 とくしま未来健康づくり機構 への連絡事項 届出票(枚), 封筒(枚)を送って欲しい。