

☑ 全国がん登録届出票①

①病院等の名称		東京都 ■テスト病院		
②診療録番号		123456	(全半角16文字)	
③カナ氏名		シ テスト (全角カナ10文字)	メイ テスト (全角カナ10文字)	
④氏名		氏 テスト (全角10文字)	名 テスト (全角10文字)	
⑤性別		<input checked="" type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性		
⑥生年月日		<input checked="" 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 1945 年 1 月 1 日		
⑦診断時住所		都道府県選択 東京都 (全半角40文字) 市区町村以下 中央区築地10-1-1		
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 checked="" type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明		
	⑨原発部位	大分類	胃、小腸	
		詳細分類	胃の2部位以上広範又は詳細部位不明	C16.9
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3	
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.自施設で初回治療をせず、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 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 checked="" 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.平成 2017 年 1 月 1 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 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	⑱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	
		⑱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.原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4.姑息的な観血的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 6.観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9.不明	
	㉒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	
		㉒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	
		㉒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	
㉒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		
㉔死亡日		<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平成 年 月 日		
備考		(全半角128文字)		