

# 福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

使事  
 用務  
 欄局

医療機関	名称		照会先所属		届出者	
貴院患者ID			性別	生年月日		
姓・名 (漢字)			1 男 2 女	〇 西暦 1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和 4 平成		
診断時住所						
診断名	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)				
悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載						
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 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、 んと診断する根拠となっ た検査に〇(初回治療前 の診断に限定しない)	
	診断日	自施設 診断日	〇 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成		・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	〇 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成		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 合は治療前評価 を優先 再発では記載不要	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	
	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	手術	1 有 2 無			
		体腔鏡的	1 有 2 無			
		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	放射線	1 有 2 無			
		化学療法	1 有 2 無			
免疫療法		1 有 2 無				
内分泌療法 その他		1 有 2 無				
死亡年月日	〇 西暦 年 月 日 1 平成					
オプション (自由記載欄)						