

# 全国がん登録 演習問題

～ よくある間違いを理解して、  
正確な登録を目指しましょう ～

埼玉県保健医療部  
疾病対策課がん対策担当



# 全国がん登録 演習問題 目次

問題 番号	症 例 内 容
1	氏名と住所に変更があった場合の届出
2	両側に原発のがんがある肺がんの届出
3	他施設治療後に緩和ケアを行った場合の届出
4	自施設で経過観察を開始した場合の届出
5	臨床検査で診断した場合の組織型の設定
6	他施設診断症例の診断日の設定
7	上皮内がんの性状コードと進展度の設定
8	紹介先からの診療情報提供書に治療内容の記載があった場合の届出
9	自施設で治療を行っていない場合の進展度と治療内容の設定
10	紹介先の医療機関から患者死亡の情報提供があった場合の届出



## 【演習問題 1】

診療録を基に2024年10月に全国がん登録の作成を行った。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療録

診療録番号 16778

氏名 埼玉花子→

浦和花子に変更

性別 女性

生年月日 1999年10月11日

住所 川越市池辺880番地→

さいたま市大宮区高鼻町

4丁目9番に変更

初診日 2024年1月16日

診断日 2024年3月10日

事務連絡 本人より2024年9月に改姓と転居の申し出あり

### 届出票

②診療録番号	16778	(全半角16文字)		
③カナ氏名	シ ウラワ	(全角カナ10文字)	メイ ハナコ	(全角カナ10文字)
④氏名	氏 浦和	(全角10文字)	名 花子	(全角10文字)
⑤性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2.女性			
⑥生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 1999 年 10 月 11 日			
⑦診断時住所	都道府県選択	埼玉県	(全半角40文字)	
	市区町村以下	さいたま市大宮区高鼻町4丁目9番		
備考				

改姓・転居しているから

③④氏名：最新氏名

⑦住所：最新住所

を選択しよう



# 演習問題1の解答

診断時の氏名、住所が変更になった場合、**届出には新姓を、住所は診断時のものを登録**します。備考欄に旧姓、新住所の情報を登録してください。

②診療録番号	16778		(全半角16文字)
③カナ氏名	シ	ウラワ	(全角カナ10文字)
	メイ	ハナコ	(全角カナ10文字)
④氏名	氏	浦和	(全角10文字)
	名	花子	(全角10文字)
⑤性別	<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 女性		
⑥生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 1. 明 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令		
	1999	年	10
		月	11
		日	
⑦診断時住所	都道府県選択	埼玉県	(全半角40文字)
	市区町村以下	川越市池辺880番地	
備考	旧姓；埼玉 新住所；さいたま市大宮区高鼻町4丁目9番		

**×**  
 ③④氏名：最新氏名  
 ⑦住所：最新住所



**○**  
 ③④氏名：最新氏名  
 ⑦住所：診断時住所

⑦新住所は備考欄に登録する

# 💡 カナ氏名・氏名について



解説

- 原則として、**住民登録されている氏名**を入力する。(通称名は用いない)
- 姓が変更になった場合は、「**新姓**」に修正し、「**旧姓**」は**備考欄**に入力する。
- 氏名に外字が含まれる場合、可能な限りShift\_JISの範囲の異体字に置き換える。  
書き換えを行った場合、備考欄に正式な漢字の参考情報を入力する。  
正式な漢字の参考情報として、法務省が提供する戸籍統一文字番号も有用。

戸籍統一文字情報

検索

## 【外字が含まれる氏名の入力例】

③カナ氏名	シ	サイタマ	(全角カナ10文字)	メイ	カズヨシ	(全角カナ10文字)
④氏名	氏	埼玉	(全角10文字)	名	一吉	(全角10文字)
備考	吉：戸籍統一文字番号038140 他に『吉:土の下に口』などでも可					(全半角128文字)



漢字にも注意：【池】と【地】、【坂】と【阪】、【本】と【元】、【郎】と【朗】、【己】と【巳】、などなど…

## 診断時住所について



解説

- 当該がん**診断時の患者の住所**を入力する。
- 届出時の最新住所が診断時住所と異なる場合は、**備考欄に最新住所**を入力する。  
ケアハウスや老人ホーム住所の場合、自宅住所等の情報があれば、備考欄に入力する。
- 住所不明、不詳、不定の場合は「住所不明」と入力する。
- 「字」や「大字」の有無も、分かれば正確に入力する。  
不足している場合は、連絡せずに登録室で加筆する場合があります。

### 【他にもこんな間違いが多い】

- ・地区名が抜けている : 川越市3丁目 → 川越市**旭町**3丁目
- ・〇丁目抜けている : 春日部市栄町102 → 春日部市栄町**4丁目**102
- ・東西や上下が抜けている : 春日部市備後1丁目 → 春日部市備後**西**1丁目





## 患者情報について



解説

患者情報の誤りにより、他施設との同一人物判定が正しく行えない事例が多く発生しています。

患者情報は正確に入力してください。

同一人物判定に使用する患者情報

②診療録番号 / ③カナ氏名 / ④氏名 / ⑤性別 / ⑥生年月日 / ⑦診断時住所

- 他施設と情報が異なる場合は、問合せをする場合があります。  
その際は、できるだけ**保険証**でご確認をお願いします。
- 備考欄に**紹介元・紹介先医療機関名**を入力してください。  
それにより問合せが減る可能性があります。



## 【演習問題 2】

健康診断で肺がんを疑われ、自施設で検査を実施したところ、右肺上葉と左肺上葉ともに原発の腺癌と診断された。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input checked="" 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	肺・気管
		詳細分類	上葉、肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)	8140/3
備考	左肺の上葉にも腺癌の診断あり。 右肺がんの転移ではない。  (全半角128文字)		

右左、両方にがんがあるから、

⑧側性：両側

⑨原発部位：肺上葉

を選択しよう





## 演習問題2の解答

側性のある臓器の両側に原発のがんがある場合は、それぞれについて届け出る必要があります。(全国がん登録届出マニュアル2025 P34を参照)

### 届出① 右肺

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	肺・気管
		詳細分類	上葉、肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)	8140/3

### 届出② 左肺

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	肺・気管
		詳細分類	上葉、肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)	8140/3



⑧側性:両側  
⑨局在:肺、上葉

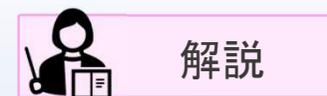


⑧側性:右側  
⑨局在:肺、上葉

⑧側性:左側  
⑨局在:肺、上葉

左右別々に  
提出する

## 側性について



側性ありの局在は以下のとおり。この場合は【1.右】【2.左】【9.不明】を選択できる。  
また、【7.側性なし】を選択するとエラーになる。

局在コード	局在名称
C07.9	耳下腺
C08.0	顎下腺
C08.1	舌下腺
C09.0	扁桃窩
C09.1	扁桃口蓋弓
C09.8	扁桃の境界部病巣
C09.9	扁桃.NOS
C30.0	鼻腔((鼻.NOS C76.0除く))
C30.1	中耳
C31.0	上顎洞
C31.2	前頭洞
C34.0	主気管支
C34.1-34.9	肺
C38.4	胸膜.NOS

局在コード	局在名称
C40.0	上肢の長骨、肩甲骨及びその関節
C40.1	上肢の短骨、及びその関節
C40.2	下肢の長骨、及びその関節
C40.3	下肢の短骨
C41.3	肋骨、胸骨、鎖骨及びその関節
C41.4	骨盤骨、仙骨、鼻骨及びその関節
C44.1	眼瞼の皮膚
C44.2	耳及び外耳道の皮膚
C44.3	その他の部位不明の顔面の皮膚
C44.5	体幹の皮膚
C44.6	上肢及び肩の皮膚
C44.7	下肢及び股関節部の皮膚
C47.1	上肢及び肩の末梢神経
C47.2	下肢及び股関節部の末梢神経

局在コード	局在名称
C49.1	上肢及び肩の軟部組織
C49.2	下肢及び股関節部の軟部組織
C50.0-50.9	乳房(乳房の皮膚 C44.5除く)
C56.9	卵巢
C57.0	卵管
C62.0-62.9	精巣
C63.0	精巣上体
C63.1	精索
C64.9	腎盂を除く腎
C65.9	腎盂
C66.9	尿管
C69.0-69.9	眼球・涙腺
C74.0-74.9	副腎
C75.4	頸動脈小体





● 側性ありの局在の中で、【3.両側】を選択して良い局在は、以下の3つの場合のみ。

1. 両側**卵巣**(C56.9)に発生した**同じ組織形態**の卵巣腫瘍
2. 両側**腎臓**(C64.9)に発生した**腎芽腫(ウィルムス腫瘍)**(形態コード 8960/3)
3. 両側**網膜**(C69.2)に発生した**網膜芽細胞腫**(形態コード 9510-9513/3)

上記3つ以外の側性ありの局在において、左右両側にがんがあり、それぞれが**原発と診断された**場合には、**左右それぞれを異なる腫瘍**として届出する。

- 側性ありの局在において両側にがんが存在しても、片方が転移の場合、**原発の側性のみ**を届出する。
- 側性ありの局在で、原発が正中に位置する場合は【9.不明】を選択する。
- 原発部位不明(C80.9)の場合は【7.側性なし】を選択する。

間違いが多いので注意！

左右が選択されることが多いですが、次の局在は「側性なし」です  
甲状腺・肝臓・口唇・脳・歯肉



## 【演習問題 3】

他施設で診断され、初回治療後に自施設で緩和ケアを実施した。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

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 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 type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input checked="" 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	
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
	その他治療	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
		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 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		
⑳死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
備考	緩和ケアを2024.5.10より開始した。		

緩和ケアは初回治療に含まれるから、

⑫治療施設：  
3.初回治療継続

㉕その他の治療：  
1.自施設で施行  
備考欄に治療内容

を選択しよう



# 演習問題3の解答

他施設で診断され、初回治療後に、自施設で緩和ケア(経過観察含む)を実施した場合は、初回治療の継続には該当しません。

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 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 type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input checked="" 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
初回治療	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
	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 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
備考	緩和ケアを2024.5.10より開始した。	



⑫治療施設: 3初回治療を継続  
⑮その他の治療: 1自施設で施行



⑫治療施設: 4他施設終了後  
⑮その他の治療: 2自施設施行なし





## その他の治療とは？



解説

外科的治療、鏡視下的治療、内視鏡的治療、放射線療法、化学療法、内分泌療法のいずれにも該当しない当該がんの消失、縮小を目的とした治療(緩和目的は含めない)。

### その他の治療の例

- ①免疫療法(分子標的薬を除く)
- ②膀胱がんに対して行うBCG療法
- ③胃がんや食道がんに対して行うAPC(アルゴンプラズマ凝固)焼灼
- ④エタノール注入療法(PEIT)
- ⑤肝動脈化学塞栓療法(TAE)

※肝動脈化学塞栓療法(TACE)は【②③化学療法】も併せて「1自施設で施行」にする



【②⑤その他の治療】を「1自施設で施行」にし、【備考欄】に治療の内容を入力する。

## 【演習問題 4】

自施設で「がん」と診断し、経過観察を開始した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

診断 情	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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他

初回 治療	観血的 治療	⑩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
		⑨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
		⑧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
	⑦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	⑥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
		⑤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
		④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
③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	

診断施設は自施設だけど、  
治療施設は1～4のどれに  
なるか分からない

⑪診断施設: 1 自施設診断  
⑫治療施設: 8 その他

を選択しよう



## 演習問題4の解答

初回治療は、当該がんの縮小・切除を意図したがん組織に対する治療のうち、当該がんに関する最初の診断に引き続き行われた、腫瘍に対する治療とする、とあります。演習問題4のように**がんと診断し経過観察が計画され行われた場合は経過観察が初回治療となります**ので、⑫治療施設は「2 自施設で初回治療を開始」を登録します。

(全国がん登録届出マニュアル2025 P23を参照)

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. 自施設で初回治療をせず、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
初回治療	⑩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
	⑩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
	⑫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
	⑫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
	⑫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
	⑫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
	⑫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
⑫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	

✗  
 ⑪診断施設: 1 自施設診断  
 ⑫治療施設: 8 その他



○  
 ⑪診断施設: 1 自施設診断  
 ⑫治療施設: 2 自施設で開始

⑫治療施設: 8 その他  
 は  
 剖検発見のみ



## 経過観察の治療施設について



解説

自施設で経過観察(緩和ケア含む)のみを行った場合の、治療施設の選択は以下のとおり。

(例1) 自施設で診断し、自施設で経過観察を開始した。

2. 自施設で初回治療開始

(例2) 他施設で診断し、経過観察をするために自施設へ紹介受診、自施設で経過観察を開始した。

2. 自施設で初回治療開始

(例3) 他施設で診断・治療を完了した後に自施設へ紹介受診、自施設で経過観察を開始した。

4. 他施設で初回治療終了後

(例4) 他施設で経過観察を開始した後に自施設へ紹介受診、自施設で経過観察を継続した。

4. 他施設で初回治療終了後

(例5) ケアハウスからの紹介で、自施設で経過観察を開始した。家族の説明より、以前他施設でがんの入院歴がある(治療内容不明)。

4. 他施設で初回治療終了後



※経過観察のみの場合、自施設での初回治療の有無(項目番号⑱～㉓、㉕～㉙)は全て【2.施行なし】を選択する。

## 【演習問題 5】

自施設で胸部CT検査により肺癌と判断。生検は行っていないが、画像所見より右肺中葉の腺癌を強く疑うと診断され、治療のため他施設に紹介した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

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	肺・気管
		詳細分類	中葉、肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)	8140/3
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	

CT検査で腺癌を強く疑うと診断されたので

- ⑩病理診断：腺癌  
 ⑬診断根拠：5臨床検査  
 を選択しよう



備考	
----	--

(全半角128文字)

## 演習問題5の解答

診断された組織型が、「診断根拠が病理学的診断ではない場合に用いてよい形態コード」に該当しない時は**悪性腫瘍(8000/3)**を選択し、【腺癌】という情報は**備考欄**に入力する。

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	肺・気管
		詳細分類	中葉、肺
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	
備考	腺癌：8140/3		(全半角128文字)

✗  
 ⑩組織型：腺癌8140/3  
 ⑬診断根拠：5臨床検査



○  
 ⑩組織型：悪性腫瘍8000/3  
 ⑬診断根拠：5臨床検査  
 備考：腺癌8140/3





## 診断根拠が病理学的診断以外の組織診断名について



解説

<診断根拠が病理学的診断ではない場合に用いて良い形態コード>

形態コード	組織診断名
8000	新生物・腫瘍、NOS
8150-8153	膵内分泌腫瘍など
8154	膵内分泌・外分泌細胞混合腫瘍
8160/3	胆管細胞癌
8170	肝細胞癌
8270-8281	下垂体腫瘍
8720	黒色腫
8800	肉腫、NOS
8960	腎芽腫
9100	絨毛癌
9140	カポジ肉腫

形態コード	組織診断名
9350	頭蓋咽頭腫
9380	グリオーマ
9384/1	上衣下巨細胞性アストロサイトーマ
9500	神経芽細胞腫
9510	網膜芽細胞腫
9530-9539	髄膜腫
9590	悪性リンパ腫、NOS
9732	多発性骨髄腫
9761	ワルデンストレームマクログロブリン血症
9800	白血病、NOS

診断根拠が

1: 原発巣の組織診

2: 転移巣の組織診

3: 細胞診

以外の際は、左表にある

組織診断名を選択し、

備考欄に**実際に医師が記載**

**した組織診断名**を入力する。



## 【演習問題 6】

2024年5月15日に緩和ケアのため自施設を紹介受診、前医からの診療情報提供書を基に届出を作成した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 登録 彩子  
 生年月日 1955/1/1  
 病名 食道扁平上皮癌

2023年12月より、食事時の嚥下困難、胸の痛み等がひどくなったため受診。当院で2024年3月4日の生検等にて食道がんのステージⅢと診断。治療については、本人の希望により、緩和ケアとなり、当院で1か月ほど行ったが、近医である貴院を希望されたため紹介いたします。よろしく願いたします。

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. 自施設で初回治療をせず、他施設で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、自施設を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、自施設を受診 <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 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>2024</td> <td>年</td> <td>3</td> <td>月</td> <td>4</td> <td>日</td> </tr> </table>	2024	年	3	月	4
2024	年	3	月	4	日		

診療情報提供書に検査日が明記されているから

⑭診断日：  
生検実施日

を入力しよう



 演習問題6の解答

⑪診断施設が「2 他施設診断」の時、当該がんの診断や治療のために、初めて患者が自施設を受診した日を⑭診断日に登録します。この場合は、2024年5月15日を診断日に登録します。

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 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 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>2024</td> <td>年</td> <td>5</td> <td>月</td> <td>15</td> <td>日</td> </tr> </table>	2024	年	5	月	15
2024	年	5	月	15	日		

 ⑭診断日 2024/3/4  
(他施設の情報)



 ⑭診断日 2024/5/15  
(自施設初診日)

他施設診断の時  
診断日: 自施設初診日

## 診断日について



解説

当該がんの**初回治療前**に行った「最も確からしい検査」が

- 自施設で行った場合 : 最も確からしい**検査を実施した日**
- 他施設で行った場合 : 当該腫瘍の診断・治療のため**初めて自施設を受診した日**

### 【最も確からしい検査】

自施設・他施設含めて行った検査のうち、より数字の小さい検査を「最も確からしい検査」とする。

小さい番号が  
より  
**【確からしい】**

- 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
- ⑤ 臨床検査
- ⑥ 臨床診断



## 【演習問題 7】

自施設で他疾患の経過観察中、上行結腸にポリープを発見し大腸がんと診断、2024年1月10日にポリペクトミーを行い上皮内管状腺癌と診断された。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

2024年1月10日：上行結腸の内視鏡生検を実施 病理診断：上皮内管状腺癌

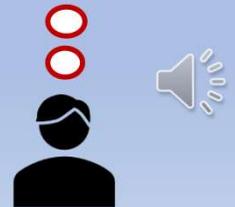
腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	盲腸・結腸、直腸、肛門
		詳細分類	上行結腸
⑩病理診断	組織型・性状	管状腺癌	C18.2 8211/3
診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input 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、自施設を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、自施設を受診 <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 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text" value="2024"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="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 checked="" 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	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	
備考		(全半角128文字)	

【上皮内管状腺癌】の結果が出ている

⑩病理診断：管状腺癌

⑯進展度・治療前：上皮内

を選択しよう



## 演習問題7の解答

病理診断で【管状腺癌】を選択すると、組織コード・性状コードは【8211/3】となり、性状コードと進展度が矛盾している。

**上皮内という情報を優先して、登録したい組織型により近い組織型を選択する。**

【上皮内管状腺癌】という情報は備考欄に入力する。

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	盲腸・結腸、直腸、肛門
		詳細分類	上行結腸 C18.2
⑩病理診断	組織型・性状	上皮内腺癌	8140/2
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 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、自施設を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、自施設を受診 <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 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 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 checked="" 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	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	
備考	組織型：上皮内管状腺癌 (全半角128文字)		



⑩病理診断: 管状腺癌 (8211/3) ※浸潤性

⑯進展度・治療前: 上皮内

情報が矛盾している!



⑩病理診断: 上皮内腺癌 (8140/2) ※上皮内

⑯進展度・治療前: 上皮内

「上皮内」を優先



# 上皮内がんの性状コードと進展度



解説

## 上皮内がん

組織の基底膜下にがん細胞が入り込んでいない状態。上皮組織層に発生した「癌腫」のみに適用される。

### 【病理診断報告書にこんな言葉が書いてあったら上皮内】

上皮内(intra-epithelial) 前浸潤(pre invasive) 非侵襲性(non invasive) 非浸潤(non infiltrating) ステージ0(stage 0)  
導管内(intraductal) 嚢胞内(intracystic) 間質浸潤なし(no stromal invasion) 基底膜下への浸潤なし(no penetration below the basement membrane) 上皮内癌(carcinoma in situ: CISと書いてあることもある)

●上皮内がんの性状コードと進展度は以下のとおり。

性状コード(組織型5桁目) : 2

組織診断名を選択する場合は「**上皮内**」が付いたものを選択する。

(例) 上皮内癌 上皮内腺癌 上皮内扁平上皮癌など

登録したい組織診断名が選択肢にない場合は、**より近い組織型**を選択し、備考欄に正確な組織診断名を入力する。

進展度 : 400.上皮内



※2つの項目間に矛盾が生じている場合、問合せの対象となる。

## 【演習問題 8】

自施設で「がん」と診断し他施設へ紹介、その後、紹介先からの診療情報提供書を基に届出を作成した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 登録 太郎  
生年月日 1978/10/3  
病名 肺がん

貴院から、紹介のあった上記患者さんの治療およびその後の治療方針について報告いたします。  
2024年10月10日に右肺上葉切除＋リンパ節郭清を行い、病理検査にて扁平上皮癌と診断されました。

診断情報	①診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑩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	
行	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 type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" 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 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 checked="" 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	

紹介先の病院では肺葉切除を行っている。術後進展度や遺残については記載されていないから

- ⑰進展度術後:不明
- ⑱外科的:1施行
- ㉑治療範囲:9不明

を選択しよう



## 演習問題8の解答

自施設で初回治療をせず他施設へ紹介した場合は、紹介時までの情報で届出を行います。  
 他施設からの診療情報提供書により、**他施設で施行した初回治療の情報**を入手しても、**⑱～㉕初回治療には反映させません。**

診断情報	①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	
進行度	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
	⑳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	㉑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
		㉓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
㉔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	

**×**

⑰進展度・術後病理学的: 不明  
 ⑱外科的: 1 自施設で施行  
 ㉑観血的治療範囲: 9 不明



**○**

⑰進展度・術後病理学的: **手術なし**  
 ⑱外科的: **2 自施設で施行なし**  
 ㉑観血的治療範囲: **6 観血的治療なし**

自施設で施行した  
 内容を登録

# 自施設治療なしの初回治療情報



解説

自施設で、がんの縮小や消失を目的とした積極的治療を行わなかった場合、初回治療情報は必ずこの組み合わせになる。  
他施設紹介後に、他治療施設より診療情報提供書にて治療の情報を得た場合でも、その情報は反映させない。

17 度	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	

初回治療情報は自施設での治療内容について登録するもの。

## プラスのポイント

⑫治療施設

- 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で紹介またはその後の経過不明
- 2. 自施設で初回治療を開始
- 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
- 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診
- 8. その他

⑫治療施設が1・4・8の場合、初回治療情報は必ず上の組み合わせになる。

## 【演習問題 9】

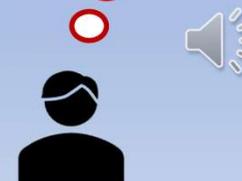
自施設で「がん」と診断し、本人の希望で緩和ケアを行った。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

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. 自施設で初回治療をせず、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	
進行度	⑬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 type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
	⑭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 type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	
初回治療	観血的治療	⑮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
		⑯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
		⑰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
		⑱観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input checked="" 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	⑲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
		⑳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
		㉑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	

緩和ケアのみだから初回治療の実施はなしだけど、術後の進展度はわからないから

⑮～㉑初回治療：  
2施行なし  
⑰進展度術後：  
499.不明

を選択しよう





## 演習問題9の解答

観血的治療を行っていない場合、⑰進展度・術後病理学的は「660 手術なし」を、  
 ⑳観血的治療の範囲は「6 観血的治療なし」を登録します。

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. 自施設で初回治療をせず、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	
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 type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" 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	



⑰進展度・術後病理学的: 499不明  
 ㉑観血的治療の範囲: 4腫瘍遺残あり

⑱～㉑で「2施行なし」  
 にチェックした流れで  
 ㉑も「4遺残あり」をチェックして  
 しまいがち・・・



⑰進展度・術後病理学的: 660手術なし  
 ㉑観血的治療の範囲: 6観血的治療なし





# 初回治療と進展度・術後病理学的の登録でやりがちな誤りについて

すべての初回治療を自施設で行っていない場合、

1. 「2 自施設で施行なし」をチェックする流れで、**⑳治療の範囲に「4 腫瘍遺残あり」**をチェックしてしまう
2. 観血的治療を行っていないのに、**⑰進展度・術後病理学的に「499 不明」**を登録してしまう



初回治療	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 type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	
	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 checked="" 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 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	



初回治療	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	
	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	



## 【演習問題 10】

他施設から、自施設で診断し紹介した患者が死亡したとの情報提供があった。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 彩野 国子  
生年月日 1958年8月3日  
病名 乳癌

貴院から、紹介のあった上記患者さんにおかれましては、2024年10月に脳転移を発症し、12月29日に永眠されましたことを報告いたします。

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
	⑳死亡日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 12 月 29 日
	備考	

他施設から死亡日の情報提供があったので  
⑳死亡日: 提供された死亡日  
を入力しよう



## 演習問題10の解答

自施設で死亡していない場合、**死亡日は空欄**にします。

診断 情	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
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
備考	紹介先の〇×病院から2024年12月29日に死亡退院されたと情報提供があった。	

  
㉔死亡日: 他施設 死亡日



  
㉔死亡日: **空欄**

㉔死亡日を入力するのは**自施設で亡くなった場合**だけ



※病院での管理上、他施設での死亡日を入力する必要がある場合は、解答のように備考欄を使用してください。

## 備考欄に記載する情報について



解説

- 紹介元・紹介先の**医療機関名**
- 外字氏名の**戸籍統一文字番号**(演習問題1の解説参照)
- 改姓した場合の**旧姓**
- 診断時より転居した場合の**新住所**
- 老人ホームやケアハウスに居住している場合の**自宅住所**
- 原発部位や病理診断に関すること  
(選択肢で表示されない場合や、詳細な部位情報・病理診断名がある場合)
- **㊟その他の治療**を「1自施設で施行」にした場合の**治療内容**
- 届出以外の既往のがんに関する情報

備考欄を活用することで、問合せの減少につながります。ご協力をお願いします。



埼玉県マスコット「コバトン」「さいたまっち」

# 全国がん登録 演習問題 索引

問題番号	症例内容	関連項目番号(※)
1	氏名と住所に変更があった場合の届出	③カナ氏名、④氏名、⑦住所
2	両側に原発する肺がんの届出	⑧側性
3	他施設治療後に緩和ケアを行った場合の届出	⑫治療施設、⑫その他の治療
4	自施設で経過観察を開始した場合の届出	⑫治療施設
5	臨床検査で診断した場合の組織型の設定	⑬診断根拠、⑩病理診断
6	他施設診断症例の診断日の設定	⑭診断日
7	上皮内がんの性状コードと進展度の設定	⑩病理診断、⑯進展度
8	紹介先からの診療情報提供書に治療内容の記載があった場合の届出	⑰進展度・術後、⑱～⑫治療内容、⑳観血的治療範囲
9	観血的治療を行っていない場合の進展度と治療内容の設定	⑰進展度・術後、⑱～⑫治療内容、⑳観血的治療範囲
10	紹介先の医療機関から患者死亡の情報提供があった場合の届出	⑫死亡日



※解答・解説のポイントとなった項目番号を掲載