

全国がん登録届出票 エラーとその対処方法

届出票がレターパックで届いた時



広島県がん登録室

2021.2

はじめに

各医療機関から広島県がん登録室へ提出された全国がん登録届出票は、登録室において全国がん登録システムに登録する際、システムによりエラーチェックを行なっています。エラーとなった届出票については、登録室より該当の医療機関へ電話やレターパックによるお問い合わせを行なっています。

本手引きでは、**2019年（1月～12月）**に提出された届出票のうち実際に医療機関に確認・修正を依頼した件数をエラー内容ごとに集計しました。

件数の多かった**10**のエラーについて解説し、その具体的な対処方法をご紹介します。

本手引きにより医療機関において適切に修正作業が行なわれ、また、届出票作成業務にもお役立ていただければ幸いです。

2019年の届出票総件数： 34,020 件

問合せエラー総数 1,968 件*注1

エラー上位10

順位	エラー番号	タイトル	件数	頁
1	E 4020	観血的治療の有無と進展度・術後病理学的 (660,777) が矛盾	502	1
2	E 4014	治療施設と進展度・術後病理学的が矛盾	386	3
3	E 4005*注2	局在コードと進展度・治療前 (777) が矛盾	164	5
4	E 4006*注2	局在コードと進展度・術後病理学的 (777) が矛盾	157	5
5	E 4003	側性と局在コード (側性なし) が矛盾	130	7
6	E 4021	外科的・鏡視下・内視鏡的治療の有無と外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲が矛盾	108	11
7	E 4010	性状 (3) と進展度・術後病理学的が矛盾	104	15
8	E 4015	治療施設と初回治療の有無	76	17
9	E 4002	側性と局在コード (側性あり) が矛盾	63	7
10	E 4024	局在コードと診断根拠が矛盾	49	19

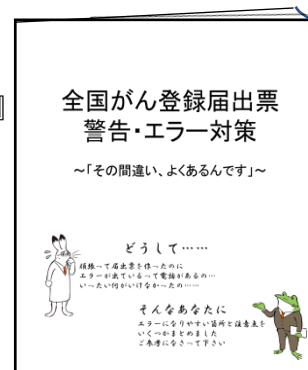
*注1 1件の届出票に対し、複数のエラーが発生することがある。

*注2 2019年8月28日のエラー定義変更前のエラーを含む。

各ページ右下の参照ページは

『全国がん登録届出票 警告・エラー対策～「その間違い、よくあるんです」～』

のページ番号を記載しておりますので併せてご参照ください。



内容：観血的（外科的・鏡視下的・内視鏡的）治療の範囲が6（観血的治療なし）の場合に、進展度・術後病理学的が660（手術なし・術前治療後）、または777（該当なし）以外の場合にはエラー

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		<input type="text"/> (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ <input type="text"/> (全角カナ10文字)	メイ <input type="text"/> (全角カナ10文字)
④氏名		氏 <input type="text"/> (全角10文字)	名 <input type="text"/> (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	
⑥生年月日		<input 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text"/> 市区町村以下 <input type="text"/> (全半角40文字)	
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 type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明	
	⑨原発部位	大分類	<input type="text"/>
		詳細分類	<input type="text"/>
⑩病理診断	組織型・性状	<input type="text"/>	
診断情報	⑪診断施設	<input 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	
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 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 type="checkbox"/> 3.他疾患の経過観察中の偶然発見 <input type="checkbox"/> 4.別検見 <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 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 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 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 type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
		⑲内視鏡的	<input 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 type="checkbox"/> 9.不明
	その他治療	⑳放射線療法	<input 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
㉑化学療法	<input 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		
㉒内分泌療法	<input 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		
㉓その他治療	<input 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
備考		<input type="text"/> (全半角128文字)	

よくある間違い

②1観血的治療の範囲で「6観血的治療なし」を選択した時、①7進展度「499不明」を選んでしまう

例)

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
	①7進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明	
初回	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



「6観血的治療なし」を選んだ時
進展度・術後病理学的を確認！

修正対処方法

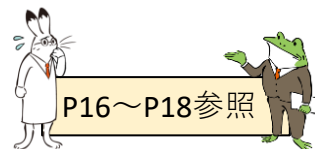
手順1

②1観血的治療の範囲が「6観血的治療なし」の場合

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
	①7進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明	
初回	観血的治療	①8外科的	<input 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 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 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

手順2

①7進展度・術後病理学的は「660手術なし・術前治療後」



- 内容：治療施設が下記の場合に、進展度・術後病理学的が499（不明）以下の場合はエラー
- ・ 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）
 - ・ 4（他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診）

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		[] (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ [] (全角カナ10文字)	メイ [] (全角カナ10文字)
④氏名		氏 [] (全角10文字)	名 [] (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性	
⑥生年月日		<input 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 [] 年 [] 月 [] 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 [] (全半角40文字) 市区町村以下 []	
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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	[]
		詳細分類	[]
⑩病理診断	組織型・性状	[]	
⑪診断施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
診断情報	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 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 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 [] 年 [] 月 [] 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲内視鏡的	<input 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
	その他治療	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 type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
		㉑放射線療法	<input 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
		㉒化学療法	<input 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
	㉓内分泌療法	<input 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	
	㉓その他治療	<input 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	
㉔死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 [] 年 [] 月 [] 日	
備考		[] (全半角128文字)	

よくある間違い

⑫治療施設が「1 自施設で初回治療をせず・・・」または「4 他施設で初回治療を終了後に・・・」の時⑰進展度で「499不明」を選んでしまう

例)

⑫治療施設 診断情報	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で初回治療を開始
	<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、
	<input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、
	<input type="checkbox"/> 8. その他

または

⑫治療施設 診断情報	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で初回治療を開始
	<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、
	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、
	<input type="checkbox"/> 8. その他

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



修正対処方法

自施設で治療していない時は
進展度・術後病理学的
「660手術なし」を見落とさない！

手順 1

⑫治療施設が「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」または「4他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診」の場合

⑫治療施設 診断情報	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で初回治療を開始
	<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、
	<input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、
	<input type="checkbox"/> 8. その他

または

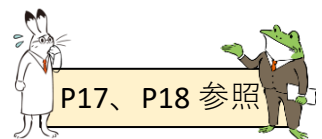
⑫治療施設 診断情報	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で初回治療を開始
	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始
	<input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、
	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、
	<input type="checkbox"/> 8. その他

手順 2

⑰進展度・術後病理学的は「660手術なし・術前治療後」

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 type="checkbox"/> 499. 不明

「777該当せず」を選択できるのは白血病、多発性骨髄腫の場合のみ



順位 3

E4005：局在コードと進展度・治療前（777）が矛盾

順位 4

E4006：局在コードと進展度・術後病理学的（777）が矛盾

内容：原発部位・局在コードがC420（血液）、またはC421（骨髄）以外の場合に、進展度・治療前/進展度・術後病理学的が777（該当せず）である。

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		<input type="text"/> (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ <input type="text"/> (全角カナ10文字)	メイ <input type="text"/> (全角カナ10文字)
④氏名		氏 <input type="text"/> (全角10文字)	名 <input type="text"/> (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性	
⑥生年月日		<input 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text"/> (全半角40文字) 市区町村以下 <input type="text"/>	
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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類 <input type="text"/> 詳細分類 <input type="text"/>	
	⑩病理診断	組織型・性状 <input type="text"/>	
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 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 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 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外科的	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 9. 不明	
	㉒放射線療法	<input 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	
	㉓化学療法	<input 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	
その他治療	㉔内分泌療法	<input 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	
	㉕その他治療	<input 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
備考		<input type="text"/> (全半角128文字)	

よくある間違い

⑨原発部位が「血液」「骨髄」**以外**の時、⑯⑰進展度「777該当せず」を選んでしまう

例)

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	その他	
		詳細分類	原発部位不明	
	⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	
			C80.9	8140/3

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 type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			



原発部位が血液、骨髄の時だけ
進展度は「777該当せず」が選べる！

修正対処方法

手順 1

⑨原発部位が血液・骨髄でない場合

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	その他	
		詳細分類	原発部位不明	
	⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	
			C80.9	8140/3

手順 2

⑯⑰進展度・治療前 / 進展度・術後病理学的は「777該当せず」以外

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 type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" 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 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			



順位 5

E4003：側性と局在コード（側性なし）が矛盾

順位 9

E4002：側性と局在コード（側性あり）が矛盾

内容：原発部位・局在コードに該当するICD-O-3局在（T）コード定義[def_icdot_code]の側性制約[icd_laterality_limit]が

- ・0（左右なし）の場合に、側性が7（側性なし）以外である
- ・1（左右のある部位）または2（左右別コードが必要な部位）の場合に、側性が7（側性なし）である

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所		
②診療録番号		<input type="text"/> (全半角16文字)		
③カナ氏名		シ <input type="text"/> (全角カナ10文字) メイ <input type="text"/> (全角カナ10文字)		
④氏名		氏 <input type="text"/> (全角10文字) 名 <input type="text"/> (全角10文字)		
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性		
⑥生年月日		<input 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text"/> (全半角40文字) 市区町村以下 <input type="text"/>		
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 type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明		
	⑨原発部位	大分類 <input type="text"/> 詳細分類 <input type="text"/>		
	⑩病理診断	組織型・性状 <input type="text"/>		
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
備考		<input type="text"/> (全半角128文字)		

【側性のある臓器】

唾液腺(耳下腺・顎下腺・舌下腺)、扁桃(扁桃窩、扁桃口蓋弓など)

鼻腔・中耳、耳・外耳道の皮膚、副鼻腔の一部(上顎洞、前頭洞)

主気管支・肺、胸膜

眼瞼の皮膚、その他の顔面の皮膚、体幹の皮膚、

上肢の皮膚・末梢神経(肩甲部含む)、下肢の皮膚・末梢神経(股関節部含む)

上肢・肩甲骨の骨、下肢の骨、肋骨・鎖骨など、骨盤骨など

上肢・肩の軟部組織、下肢・股関節部の軟部組織

乳房、卵巣・卵管、精巣・副睾丸

腎・腎盂・尿管、眼球・涙腺、副腎・頸動脈小体



【側性のある場合の側性コード】

コード 側性の詳細

1 右側

2 左側

3 両側 ※次の場合に限る：
同一組織型で両側に診断された卵巣腫瘍
両側性の腎臓ウィルムス腫瘍(腎芽腫)
両側性の網膜芽細胞腫

9 不明 (側性のある臓器で左右が不明な場合、原発が正中に位置する場合)

両側を選択できるのは
この3つの場合のみ

【側性のない場合の側性コード】

コード 側性の詳細

7 側性のある臓器一覧に該当しない場合

上記以外の臓器は
側性がないので
「7」

よくある間違い

⑨原発部位が側性のない臓器で⑧側性の「1右」「2左」を選んでしまう

例1) 甲状腺

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	頭頸部、甲状腺
		詳細分類	甲状腺
	⑩病理診断	組織型・性状	乳頭状腺癌



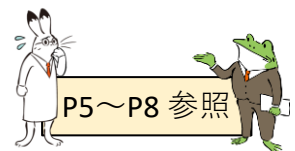
カルテに左右の記載があっても
全国がん登録では側性のない臓器がある！

修正対処方法

側性のない臓器の時⑧側性は「7側性なし」です。

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	頭頸部、甲状腺
		詳細分類	甲状腺
	⑩病理診断	組織型・性状	乳頭状腺癌

注意！ 全国がん登録ではカルテに左右の記載があっても、選択できる部位・できない部位がある（肝臓や甲状腺は側性のない臓器です）



よくある間違い

⑨原発部位が側性のある臓器なのに⑧側性「7側性なし」を選んでしまう

例2) 皮膚

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	皮膚	
		詳細分類	体幹の皮膚	
	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮癌	



側性のあるなしについては
側性のある臓器一覧表を再度確認！

修正対処方法

側性のある臓器で側性「7側性なし」の登録はできません。
側性不明の場合は「9不明」です。

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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input checked="" type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	皮膚	
		詳細分類	体幹の皮膚	
	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮癌	



順位 6

E4021：外科的・鏡視下・内視鏡的治療の有無と外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲が矛盾

内容：外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療のパターンが以下のいずれかである。

- ・ 1：外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療のいずれかが1（自施設で施行）の場合に、観血的（外科的・鏡視下・内視鏡的）治療の範囲が6（観血的治療なし）。
- ・ 2：外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療がすべて2（自施設で施行なし）の場合に、観血的（外科的・鏡視下・内視鏡的）治療の範囲が6（観血的治療なし）以外。
- ・ 3：外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療がすべて9（施行の有無不明）の場合に、観血的（外科的・鏡視下・内視鏡的）治療の範囲が9（不明）以外。
- ・ 4：外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療がすべて1（自施設で施行）以外の場合に、観血的（外科的・鏡視下・内視鏡的）治療の範囲が6（観血的治療なし）、9（不明）以外。

チェックすると入力できるようになります

☑ 全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		[] (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ [] (全角カナ10文字)	メイ [] (全角カナ10文字)
④氏名		氏 [] (全角10文字)	名 [] (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性	
⑥生年月日		<input 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 [] 年 [] 月 [] 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 [] (全半角40文字) 市区町村以下 []	
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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類 [] 詳細分類 []	
	⑩病理診断	組織型・性状 []	
診断情報	⑪診断施設	<input 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 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 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 [] 年 [] 月 [] 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 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 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 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外科的	<input 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	
	⑲内視鏡的	<input 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 type="checkbox"/> 9. 不明	
その他治療	⑳放射線療法	<input 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	
	㉑化学療法	<input 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	
	㉒内分泌療法	<input 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	
	㉓その他治療	<input 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	
㉔死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 [] 年 [] 月 [] 日	
備考		[] (全半角128文字)	

よくある間違い

自施設で⑱～㉑観血的治療を行なっているのに㉒観血的治療の範囲で「6 観血的治療なし」を選んでしまう

例1) 自施設でがんの縮小・切除のために手術を行なった

初回	観血的治療	⑱外科的	<input 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 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内視鏡的	<input 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
		㉒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



自施設で観血的治療を行なっているかどうか確認！

修正対処方法

手順1

⑱外科的⑲鏡視下⑳内視鏡的治療の有無のいずれかが「1自施設で施行」の場合

初回	観血的治療	⑱外科的	<input 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明

手順2

㉒観血的治療の範囲は1,4,9のいずれかです。

初回	観	㉒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 type="checkbox"/> 9. 不明
----	---	-----------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------



よくある間違い

自施設で⑱～㉑観血的治療を行っていないのに㉒観血的治療の範囲で「9 不明」を選んでしまう

例 2) 自施設で手術を行っていない

初回	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
		㉑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
		㉒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



自施設で観血的治療を行っていない場合は「9不明」を選択できません！

修正対処方法

手順 1

⑱外科的⑲鏡視下⑳内視鏡的治療の有無がすべて「2自施設で施行なし」の場合

初回	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
		㉑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

手順 2

㉒観血的治療の範囲は「6観血的治療なし」です。

初回	原	㉒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"/> 5. 観血的治療なし	<input type="checkbox"/> 9. 不明
----	---	-----------	------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------

よくある間違い

⑱～㉑・㉒観血的治療の組み合わせの間違い

例3) 施行の有無不明

初回	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉒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

修正対処方法



手順1

⑱外科的⑲鏡視下⑳内視鏡的治療の有無がすべて「9施行の有無不明」の場合

初回	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行	<input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明

手順2

㉒観血的治療の範囲は「9不明」です。

初回	観	㉒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
----	---	-----------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

例4) 施行なしもしくは施行の有無不明

初回	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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input checked="" type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉒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

修正対処方法



手順1

⑱外科的⑲鏡視下⑳内視鏡的治療がすべて「1自施設で施行」以外の場合

初回	観血的治療	⑱外科的	<input 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 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 type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明

手順2

㉒観血的治療の範囲は「6観血的治療なし」「9不明」のいずれかです。

初回	観	㉒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 type="checkbox"/> 9. 不明
----	---	-----------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

内容：性状コードが3（浸潤癌）の場合に、進展度・術後病理学的が400（上皮内）の場合にはエラー

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		<input type="text"/> (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ <input type="text"/> (全角カナ10文字)	メイ <input type="text"/> (全角カナ10文字)
④氏名		氏 <input type="text"/> (全角10文字)	名 <input type="text"/> (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性	
⑥生年月日		<input 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text"/> (全半角40文字) 市区町村以下 <input type="text"/>	
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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類 <input type="text"/> 詳細分類 <input type="text"/>	
類	⑩病理診断	組織型・性状 <input type="text"/>	
	⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
診断情報	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 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 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 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 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 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	⑰⑮外科的	<input 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	
	⑰⑯鏡視下	<input 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	
	⑰⑰内視鏡的	<input 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	
	⑰⑱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 type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑰⑲放射線療法	<input 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	
	⑰⑳化学療法	<input 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	
⑰㉑その他治療	⑰㉒内分泌療法	<input 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	
	⑰㉓その他治療	<input 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	
⑰㉔死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
備考		<input type="text"/> (全半角128文字)	

よくある間違い

⑩性状と⑰進展度・術後病理学的の組み合わせが矛盾している

例)

癌の種類	⑨原発部位	大分類	食道	
		詳細分類	胸部食道	C15.1
	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮癌	8070/3
⑰進展度・術後病理学的	<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"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			



上皮内癌かどうか確認！

修正対処方法 1

手順 1

⑩性状が正しい場合

癌の種類	⑩病理診断	組織型・性状	扁平上皮癌	8070/3
------	-------	--------	-------	--------

手順 2

⑰進展度・術後病理学的は「400上皮内」以外

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 checked="" type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
-------------	--	--	--	--

※「777該当せず」を選択できるのは原発部位が血液・骨髄のみです。

修正対処方法 2

手順 1

⑰進展度・術後病理学的が正しい場合

⑰進展度・術後病理学的	<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"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
-------------	--	--	--	--

手順 2

⑩性状に応じた組織型を選ぶ

癌の種類	⑩病理診断	組織型・性状	上皮内扁平上皮癌	8070/2
------	-------	--------	----------	--------



内容：治療施設が下記の場合に、外科的治療の有無、鏡視下治療の有無、内視鏡的治療の有無、放射線療法の有無、化学療法の有無、内分泌療法の有無、その他治療の有無のいずれかが1（自施設で施行）の場合はエラー

- ・ 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）
- ・ 4（他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診）
- ・ 8（その他）

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		<input type="text"/> (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ <input type="text"/> (全角カナ10文字)	メイ <input type="text"/> (全角カナ10文字)
④氏名		氏 <input type="text"/> (全角10文字)	名 <input type="text"/> (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性	
⑥生年月日		<input 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text"/> (全半角40文字) 市区町村以下 <input type="text"/>	
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 type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	<input type="text"/>
		詳細分類	<input type="text"/>
⑩病理診断	組織型・性状	<input type="text"/>	
⑪診断施設		<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
診断情報	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 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 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
備考		<input type="text"/> (全半角128文字)	

よくある間違い

⑫初回治療を自施設で行なっていないのに、
⑮～⑳、㉒～㉕初回治療で「1 自施設施行」を選んでしまう

例)

診断情報	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

初回治療	観血的治療	⑮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	
		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	
		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 checked="" 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 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	

修正対処方法



初回治療を自施設で行なっているか確認！

手順 1

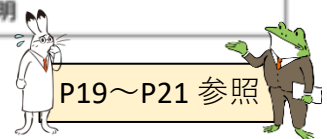
⑫治療施設が1,4,8（自施設で初回治療を行なっていない）の場合

診断情報	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 type="checkbox"/> 8. その他

手順 2

⑮外科的⑯鏡視下⑳内視鏡的㉒放射線療法㉓化学療法㉔内分泌療法㉕その他治療の有無はすべて「2自施設で施行なし」です。

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	
		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	



内容：原発部位・局在コードが下記の場合に、診断根拠が1（原発巣の組織診）の場合はエラー

- ・ C809（原発部位不明）

チェックすると入力できるようになります

全国がん登録届出票①

①病院等の名称		広島県 公益財団法人 放射線影響研究所	
②診療録番号		[] (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ [] (全角カナ10文字)	メイ [] (全角カナ10文字)
④氏名		氏 [] (全角10文字)	名 [] (全角10文字)
⑤性別		<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	
⑥生年月日		<input 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 [] 年 [] 月 [] 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 [] (全半角40文字) 市区町村以下 []	
⑧側性		<input 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	
腫瘍の種類	⑨原発部位	大分類	[]
		詳細分類	[]
	⑩病理診断	組織型・性状	[]
診断	⑪診断施設	<input 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 type="checkbox"/> 8.その他	
情報	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 type="checkbox"/> 5.臨床検査 <input type="checkbox"/> 6.臨床診断 <input type="checkbox"/> 9.不明	
進行度	⑭診断日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 [] 年 [] 月 [] 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 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 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 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外科的	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 9.不明	
	㉒放射線療法	<input 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	
	㉓化学療法	<input 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	
その他治療	㉔内分泌療法	<input 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	
	㉕その他治療	<input 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 [] 年 [] 月 [] 日	
備考		[] (全半角128文字)	

よくある間違い

⑨原発部位が原発部位不明の時に⑬診断根拠「1 原発巣の組織診」を選んでいる

例1) 部位は正しい

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	その他
		詳細分類	原発部位不明
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3

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
-------	--



原発部位不明なら
「1 原発巣の組織診」は選べない！

修正対処方法

手順1

⑨原発部位が正しい場合

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	その他
		詳細分類	原発部位不明
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3

手順2

⑬診断根拠は「2 転移巣の組織診」です。

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
-------	--



よくある間違い

⑬診断根拠で「1 原発巣の組織診」をしているのに⑨原発部位が原発部位不明になっている

例2) 診断根拠は正しい

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
--------	--

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	その他
		詳細分類	原発部位不明
⑭ 病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	8000/3



原発巣の組織診を行なっている場合は
部位を確認！

修正対処方法

手順1

⑬診断根拠が正しい場合

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
--------	--

手順2

⑨原発部位を適切な部位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 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	その他
		詳細分類	原発部位不明
⑭ 病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍	



広島県がん登録室では、現在、2020年にみなさまから提出いただいた届出票の集計作業を行なっています。

みなさまのご協力のおかげで、2019年に比べエラー数は減少しておりますが、2019年同様以下のエラーが多い傾向が見られます。

番号	タイトル
E4002	側性と局在コード（側性あり）が矛盾
E4003	側性と局在コード（側性なし）が矛盾
E4014	治療施設と進展度・術後病理学的が矛盾
E4015	治療施設と初回治療の有無
E4020	観血的治療の有無と進展度・術後病理学的（660,777）が矛盾

引き続き、警告・エラー対策集と本手引きをご参考いただきたく存じます。

お問い合わせ先
広島県がん登録室 ☎ 082-261-5160

今後ともどうぞよろしくお願いたします

