

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		B病院						
②診療録番号		22222		(全半角16文字)				
③カナ氏名		シ	ヤスマヤマ	(全角カナ10文字)	メイ	サブロウ	(全角カナ10文字)	
④氏名		氏	休山	(全角10文字)	名	三郎	(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 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           1947 年   1 月   7 日						
⑦診断時住所		都道府県選択		広島県				(全半角40文字)
		市区町村以下		呉市咲くやこの花町1丁目2-3				
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		前立腺、陰茎、陰のう、その他				
		詳細分類		前立腺		C61.9		
⑩病理診断	組織型・性状		腺癌		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 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					
	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           2022 年   2 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 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 checked="" 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 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 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				
		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 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						
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						
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           [ ] 年   [ ] 月   [ ] 日						
備考		紹介元：A内科医院、C病院にてガンマナイフ施行、紹介先：D病院、 病理診断：Moderately differentiated adenocarcinoma（中分化腺癌）					(全半角128文字)	

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②

①病院等の名称		C病院						
②診療録番号		33333		(全半角16文字)				
③カナ氏名		シ	ヤスマヤマ	(全角カナ10文字)	メイ	サブロウ	(全角カナ10文字)	
④氏名		氏	休山	(全角10文字)	名	三郎	(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 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           1947 年   1 月   7 日						
⑦診断時住所		都道府県選択		広島県				(全半角40文字)
		市区町村以下		呉市咲くやこの花町1丁目2-3				
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		前立腺、陰茎、陰のう、その他				
		詳細分類		前立腺		C61.9		
	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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           2022 年   9 月   25 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 checked="" 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 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 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						
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           [ ] 年   [ ] 月   [ ] 日						
備考		B病院からガンマナイフの依頼あり					(全半角128文字)	

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③

①病院等の名称		D病院						
②診療録番号		55555		(全半角16文字)				
③カナ氏名		シ	ヤスマヤマ	(全角カナ10文字)	メイ	サブロウ	(全角カナ10文字)	
④氏名		氏	休山	(全角10文字)	名	三郎	(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 <input type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           1947 年   1 月   7 日						
⑦診断時住所		都道府県選択		広島県				(全半角40文字)
		市区町村以下		呉市咲くやこの花町1丁目2-3				
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		前立腺、陰茎、陰のう、その他				
		詳細分類		前立腺		C61.9		
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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           2022 年   12 月   26 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 checked="" 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 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 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						
⑳死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令           [ ] 年   [ ] 月   [ ] 日						
備考		紹介元：B病院				(全半角128文字)		