

愛媛県全国がん登録研修会

演習問題

独立行政法人国立病院機構

四国がんセンター

愛媛県がん登録室

演習 1

◆ 以下の経過の患者の届出票を作成しましょう。

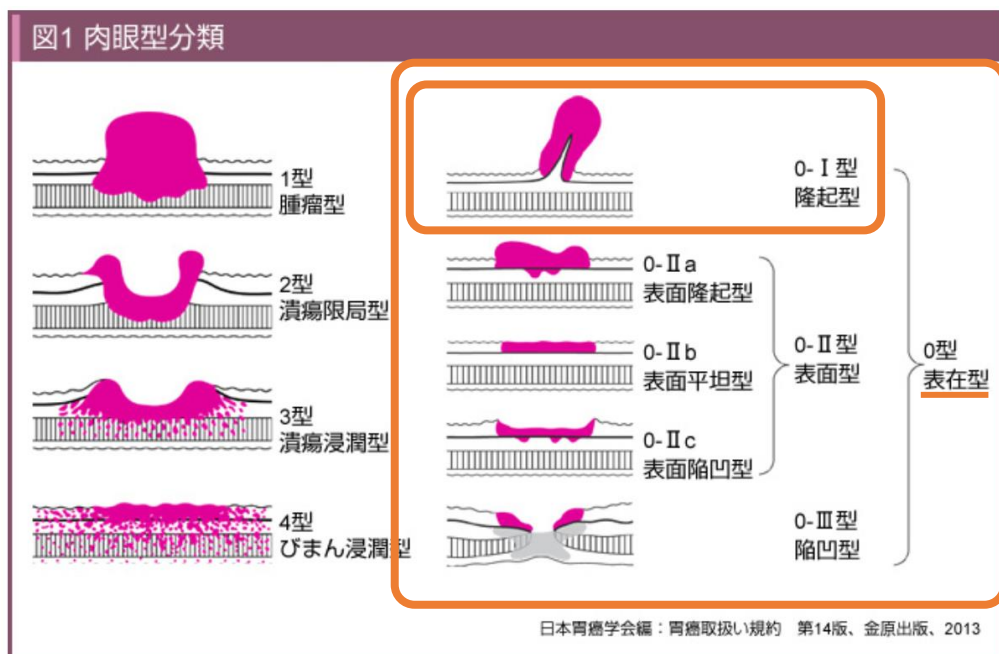
令和3年9月10日 食欲不振を主訴に自施設を受診。同日、上部内視鏡検査を行い、胃前庭部に2cm大のポリープ（肉眼型分類：0-I型）を認めた。生検（病理組織診断）施行。

令和3年9月21日 生検（病理組織診断）の結果、Group5（tub1）と診断。本人へ説明したところ、治療は〇〇病院を希望されたため紹介。

- ※肉眼型分類 0型 表在型：癌が粘膜下組織までにとどまる場合に多く見られる肉眼形態。
- ※肉眼型分類 0-I型 隆起型：0型（表在型）の亜分類。明らかな腫瘤状の隆起が認められる。
- ※Group 5：胃生検組織診断分類（Group分類）で「癌」と分類される病変のこと。
- ※tub1：tubular adenocarcinoma well differentiated type、高分化型管状腺癌

生検組織診断分類（Group分類）
（胃癌取り扱い規約第14版による）

- Group X
生検組織診断ができない不適材料
- Group 1
正常組織および非腫瘍性病変
- Group 2
腫瘍（腺腫または癌）か非腫瘍性か判断の困難な病変
- Group 3
腺腫
- Group 4
腫瘍と判定される病変のうち、癌が疑われる病変
- Group 5
癌



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		愛媛県 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター						
②診療録番号		111111		(全半角16文字)				
③カナ氏名		シ	シコク	(全角カナ10文字)	メイ	タロウ	(全角カナ10文字)	
④氏名		氏	四国	(全角10文字)	名	太郎	(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						
		1944		年	1	月	1	日
⑦診断時住所		都道府県選択		愛媛県		(全半角40文字)		
		市区町村以下		松山市南梅本町甲160				
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 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令					
	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="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令						
				年		月		日
備考								
		(全半角128文字)						

演習 2

◆ 以下の経過の患者の届出票を作成しましょう。

令和元年 3月 3日 △△クリニックから紹介され、自施設で貧血治療を開始。

令和 3年 3月19日 定期検査の採血結果が悪化したため■■■病院へ紹介し、同日、骨髄穿刺施行。

令和 3年 4月10日 骨髄異形成症候群と診断。
今後は自宅に近い紹介元（自施設）で経過観察することになった。

令和 3年 4月16日 ■■■病院から自施設へ紹介され、経過を見ながら適宜、輸血等の対症療法を行っていた。

令和 3年 6月22日 死亡退院。

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		愛媛県 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター					
②診療録番号		222222		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	エヒメ	(全角カナ10文字)	メイ	ハナコ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	愛媛	(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					
⑦診断時住所		都道府県選択		愛媛県		(全半角40文字)	
		市区町村以下		松山市南梅本町甲160			
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 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令				
	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="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令					
備考							

(全半角128文字)

<経過>

- 2015年～** 慢性リウマチ(両側人工膝関節置換術)、高血圧症、慢性深部静脈血栓症(ワーファリン処方)、COPDで自施設に通院していた。
- 2018年10月 3日** 検診で胸部異常陰影を指摘され、自施設の呼吸器内科受診。
- 2018年11月 5日** ※1
胸部CTで中葉に3.8cm大のGGOを認める。一部胸膜の引き込みも認めた。確定診断を検討するも、併存疾患のため侵襲性の高い気管支鏡生検は行えず。確定診断はできなかったため、CTでの経過観察を続けることとなった。
- 2019年 7月22日** 定期CT、腫瘍マーカー検査施行。CTでは前年11月と比較し、陰影に1cm程の増大を認めた。
<胸部CT所見>
右肺中葉のmixed GGOは経過で収縮機転を伴いサイズも増大(充実最大径48mm)。肺腺癌の疑いです。両肺に多数の結節影が認められますが、経過や分布、臨床情報からリウマチ結節等を疑います。右中葉肺腺癌cT2b,N0,M0疑い。
<腫瘍マーカー> SLX 348 U/ml (基準値:38 U/ml以下)
- これまでの経過と上記所見から肺癌と診断し、放射線治療を立案するも照射時の座位保定が難しいことから治療は行わずBSCの方針となった。 ※2
- 2020年 9月 7日** 経過観察と疼痛管理を行っていたが、自施設で看取りを行った。

診断された時の住所は、
当時入所していた
愛媛県松山市南梅本町
甲880
老人保健施設のりくま
でした。

※1 GGO: すりガラス状陰影
※2 BSC: ベストサポーティブケア
がんに対する積極的な治療は行わず、
症状などを和らげる治療を行うこと。

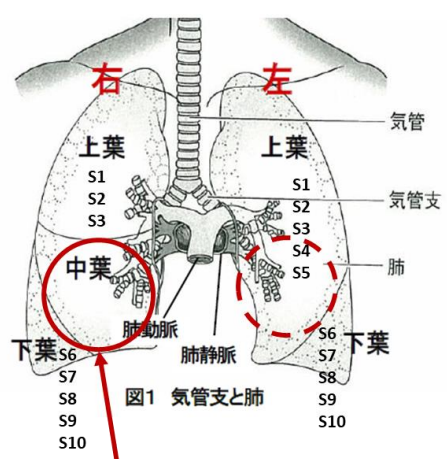
●肺癌のT分類と進展度

～院内がん登録実務者のためのマニュアル 部位別テキスト「肺」より～

T-原発腫瘍

- Tis** 上皮内癌^a
- T1** 腫瘍の最大径が3cm以下で、健全肺組織、または臓側胸膜に囲まれているもの。気管支鏡的に癌浸潤が葉気管支より中樞に及ばないもの(すなわち、主気管支に及んでいないもの)^b
- T1mi** 微小浸潤性腺癌^c
- T1a** 最大径が1cm以下の腫瘍^b
- T1b** 最大径が1cmをこえるが2cm以下の腫瘍^b
- T1c** 最大径が2cmをこえるが3cm以下の腫瘍^b
- T2** 3cmをこえるが5cm以下の腫瘍、または以下のいずれかの特徴をもつ腫瘍
・気管分岐部への距離に関係なく主気管支に及ぶが、気管分岐部には及ばない
・臓側胸膜に浸潤する^d
・肺門に及ぶ無気肺、または閉塞性肺炎があり、片肺の一部もしくは全肺に及ぶ
- T2a** 最大径が3cmをこえるが4cm以下の腫瘍
- T2b** 最大径が4cmをこえるが5cm以下の腫瘍
- T3** 最大径が5cmをこえるが7cm以下の腫瘍、または壁側胸膜、胸壁(superior sulcus tumorを含む)、横隔神経、壁側心膜のいずれかに直接浸潤する腫瘍、または原発と同一肺葉に不連続の副腫瘍結節のあるもの
- T4** 7cmをこえる腫瘍、または大きさや無関係に横隔膜、縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部に浸潤する腫瘍、原発と同側別肺葉に不連続の副腫瘍結節のあるもの

注 a Tisには腺癌と扁平上皮癌の上皮内癌が含まれる。
注 b 大きさや無関係に腫瘍の浸潤が気管支内に局限している稀な表層浸潤型の場合は、腫瘍が主気管支に及ぶものでもT1aとする。



中葉は右肺にのみあります。
(左肺に中葉はありません。)

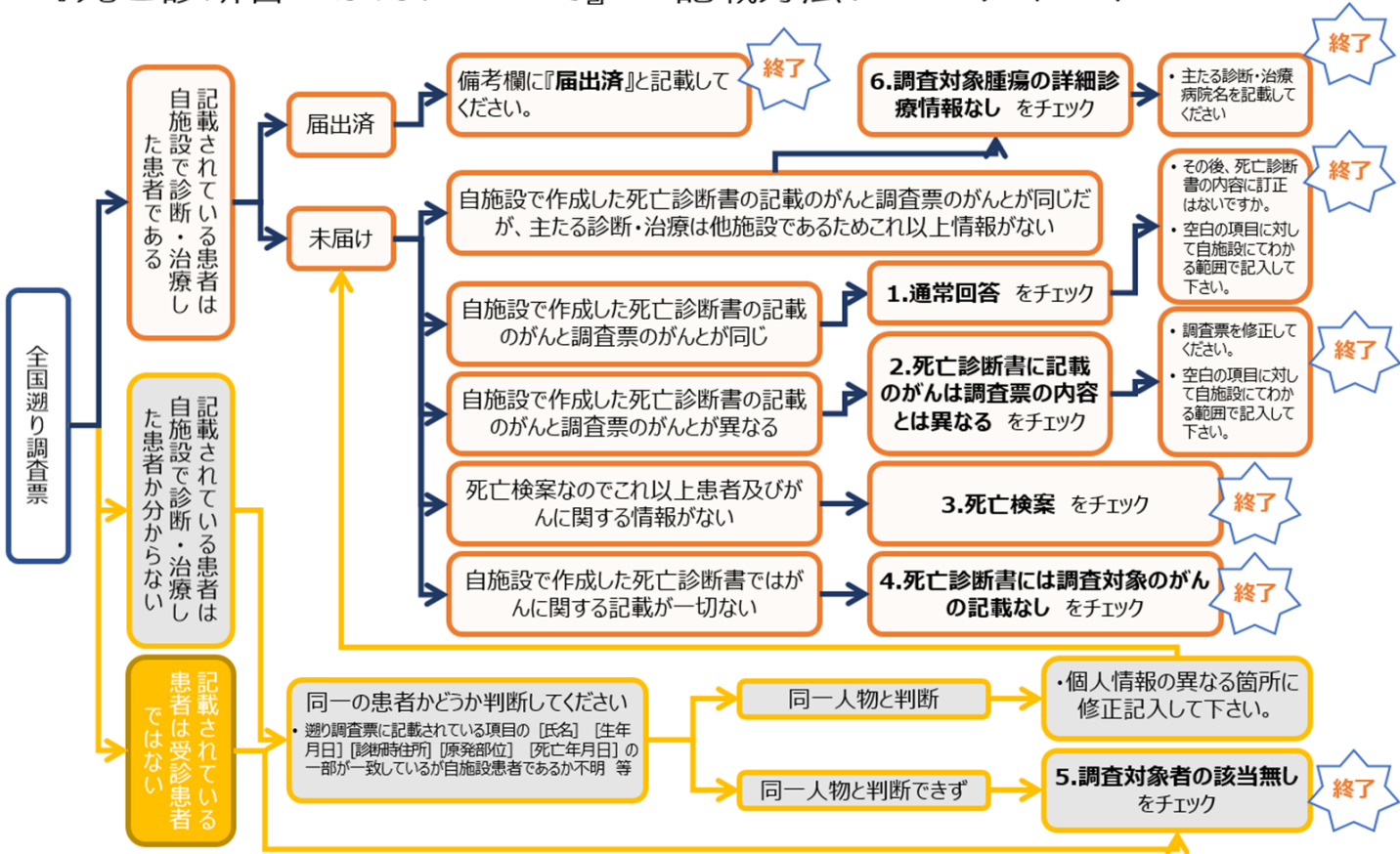
進展度 【580】【680】

表6. 進展度 UICC TNM 分類【第8版】からの変換マトリクス(Matrix)《肺》

UICC TNM 8 (肺)	N0	N1-N2	N3
Tis	400: 上皮内		
T1mi T1a-T1c	410: 限局	420: 領域リンパ節転移	440: 遠隔転移
T2a, T2b	410: 限局	420: 領域リンパ節転移	440: 遠隔転移
T3	430: 隣接臓器浸潤	430: 隣接臓器浸潤	440: 遠隔転移
T4	430: 隣接臓器浸潤	430: 隣接臓器浸潤	440: 遠隔転移
M1a-M1c	440: 遠隔転移	440: 遠隔転移	440: 遠隔転移

* 基本的には、TNM分類と進展度は分けて考えるが、進展度決定時、目安になるものが必要な場合は、この表を利用して、進展度を決定してもよい。

『死亡診断書のがんについて』 記載方法フローチャート



愛媛県全国がん登録研修会

演習問題4

独立行政法人国立病院機構

四国がんセンター

愛媛県がん登録室

※ 演習問題の解答は、県庁HPより動画でご確認ください。

腫瘍の種類⑨⑩の選択肢

⑨原発部位 大分類

脳、脊髄、脳神経その他の中枢神経系
 髄膜
 頭頸部、甲状腺
 食道
 胃、小腸
 盲腸・結腸、直腸、肛門
 肝、胆管、胆のう
 膵
 肺・気管
 腎
 膀胱、尿管、腎盂、尿道
 前立腺、陰茎、陰のう、その他
 精巣、卵巣
 子宮頸部・膣
 子宮体部・子宮
 外陰、胎盤、その他
 乳房
 皮膚
 骨軟部
 悪性リンパ腫
 白血病、骨髄、血液
 その他

⑨原発部位 肺・気管の詳細分類

主気管支
 上葉、肺
 中葉、肺
 下葉、肺
 肺の2部位以上広範又は詳細部位不明
 気管

⑩病理診断 肺・気管の組織型・性状

上皮内癌
 腺癌
 肺胞置換型腺癌（MIAを含む）
 浸潤性非粘液性腺癌
 浸潤性粘液性腺癌
 混合型腺癌
 混合型腺癌
 乳頭状腺癌
 腺房型腺癌（腺房細胞癌）
 小細胞癌
 扁平上皮癌
 腺扁平上皮癌
 非小細胞癌
 大細胞癌
 大細胞神経内分泌癌
 多型細胞癌
 カルチノイド腫瘍
 悪性黒色腫
 肉腫
 悪性リンパ腫
 悪性腫瘍

進展度（肺）

UICC TNM分類【第8版】からの変換マトリックス

UICC TNM8 (肺)	N0	N1-N2	N3
Tis	400:上皮内		
T1mi T1a-T1c	410:限局	420:領域リンパ節転移	440:遠隔転移
T2a,T2b	410:限局	420:領域リンパ節転移	440:遠隔転移
T3	430:隣接臓器浸潤	430:隣接臓器浸潤	440:遠隔転移
T4	430:隣接臓器浸潤	430:隣接臓器浸潤	440:遠隔転移
M1a-M1c	440:遠隔転移	440:遠隔転移	440:遠隔転移

* 基本的には、TNM分類と進展度は分けて考えるが、進展度決定時、目安になるものが必要な場合は、この表を利用して、進展度を決定してもよい。

演習 4

◆ 以下の経過の患者の届出票を作成しましょう。

【経過】

令和 5年 5月15日 △△病院から自施設の緩和病棟へ転院。緩和治療開始。

【△△病院からの診療情報提供書】

※直近の採血結果と投薬記録のみで、がんの診断に関する検査結果や病理診断所見等の添付なし。

患者は、肺腺癌 cT4N0M1a / PLE に対し、2019年9月から抗がん剤治療を行っています。2022年12月から 4th-line として TS-1 の治療を行っていました。

2023年 1月25日に腹満・呼吸苦で緊急入院され、腹水から異形細胞を確認、肺癌の腹膜播種によるがん性腹膜炎と診断しました。

腹水は急速に出現・増加しており、それに伴い胆汁様嘔吐や軽度の呼吸不全も併発、PSも一気に3-4まで低下し、これ以上の抗がん剤治療は困難と判断しました。

ご本人と家族にはがん性腹膜炎であること、これ以上の治療適応はなく、緩和治療のみとすることをご了解いただきました。

現在は少量補液と酸素投与、適宜腹水穿刺排液を行っている状態です。

ご家族は貴院の緩和ケア病棟への入院を希望されています。

ご高診のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

令和 5年 7月16日 経過を見ながら対症療法を行っていたが死亡退院された。

※自施設でがんに関する検査は行っていない。

【用語等の説明】

cT4N0M1a / PLE : 治療前 (clinical, 臨床) の診断で、胸膜 (PLE) への転移がある状態。

4th-line : がん薬物療法において、標準治療としてエビデンスに基づき行われた4次治療のこと。

PS : パフォーマンスステータス (Performance Status ; PS)

全身状態の指標の1つで、患者さんの日常生活の制限の程度を示します。

- 0) まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
- 1) 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
- 2) 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
- 3) 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- 4) まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

※PSについて、ECOG (米国の腫瘍学の団体の1つ) が定めた指標を日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) が日本語訳したものです。 <国立がん研究センター「がん情報サービス」の用語集より>

解答用紙

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④

①病院等の名称		愛媛県 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター			
②診療録番号		444444 (全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	マツヤマ (全角カナ10文字)	メイ	ハナコ (全角カナ10文字)
④氏名		氏	松山 (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 1954 年 4 月 4 日			
⑦診断時住所		都道府県選択 愛媛県 (全半角40文字)			
		市区町村以下 松山市南梅本町甲160			
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			
	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="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 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観血的治療	⑱①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		
		⑱②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		
		⑱③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		
	⑱④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			
	⑲その他治療	⑲①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		
		⑲②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		
		⑲③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		
⑲④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="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日			
備考					

(全半角128文字)