

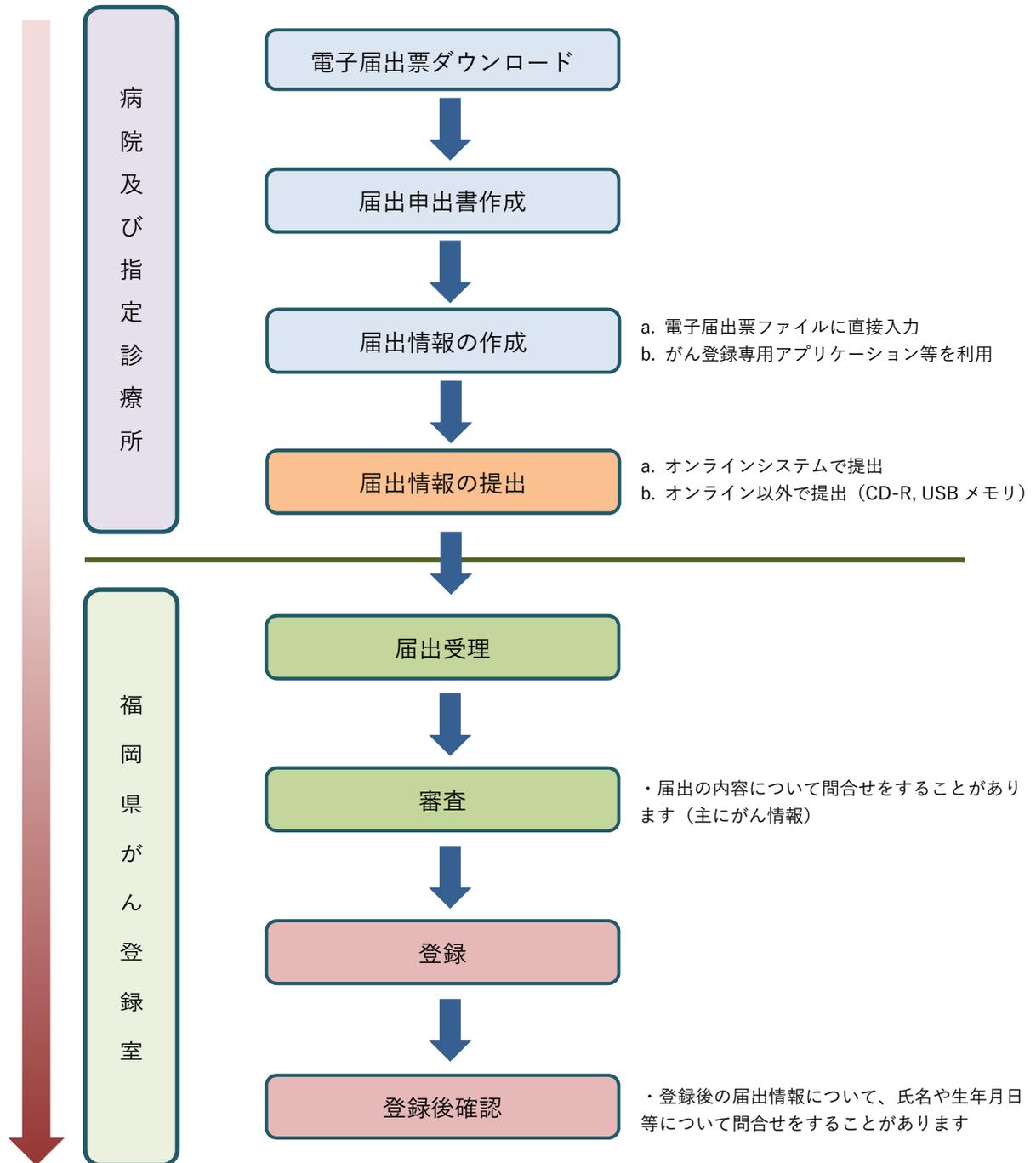
がん登録の手引き（参考資料）

福岡県がん登録室

2023.5

※本参考資料及び手引きは、宮城県立がんセンター 宮城県がん登録室作成
のものを福岡県内の医療機関様向けに改編したものです

全国がん登録届出申出書の作成から届出までの流れ



・電子届出ファイルは、ダウンロードしてから 60 日間の有効期限が設定されており、有効期限を過ぎると一切、編集ができなくなります。有効期限が過ぎてから修正が必要な場合は、ダウンロードしなおしとなりますので、ご注意ください。(有効期限を過ぎても、提出することは可能です)

届出の必要ながんの種類

1. 悪性新生物及び上皮内がん

例) ○○癌、上皮内○○癌、○○肉腫、悪性○○腫瘍、白血病、多発性骨髄腫

2. 髄膜又は脳、脊髄、脳神経その他の中枢神経系に発生した腫瘍（良性・良悪性不詳も含む）

例) 脳腫瘍、髄膜腫、下垂体腺腫

3. 卵巣腫瘍（次に掲げるものに限る）

- ・境界悪性漿液性乳頭状のう胞腫瘍
- ・境界悪性漿液性のう胞腺腫
- ・境界悪性漿液性表在性乳頭腫瘍
- ・境界悪性乳頭状のう胞腺腫
- ・境界悪性粘液性乳頭状のう胞腺腫
- ・境界悪性粘液性のう胞腫瘍
- ・境界悪性明細胞のう胞腫瘍

4. 消化管間質腫瘍（GIST）

1に該当するものを除く

（詳細は「全国がん登録届出マニュアル」2ページをご参照ください）

※ICD-10 コードで抽出をする場合は、以下の表をご参照ください。

がん登録の対象となる ICD-10 コード（国立がん研究センター 2019/3/13）

ICD-10コード	部位	名称	標準病名集に存在する病名
C00_ ~ C97	-	悪性新生物	-
D00_ ~ D09_	-	上皮内癌	-
D18.0	頭蓋内	頭蓋内血管腫	頭蓋内血管腫
D18.1	-	リンパ管腫	リンパ管腫
D32_	→	髄膜の良性腫瘍	-
D33_	→	脳および中枢神経系の良性腫瘍	-
D35.2 ~ D35.4	→	下垂体、頭蓋咽頭管、松果体の良性腫瘍	-
D42_ ~ D43_	→	脳および中枢神経系の性状不詳腫瘍	-
D44.3 ~ D44.5	→	下垂体、頭蓋咽頭管、松果体の性状不詳腫瘍	-
D45	-	真性多血症	-
D46_	-	MDS	-
D47.1	-	慢性骨髄増殖性疾患	骨髄増殖性疾患
D47.3	-	本態性血小板血症	本態性血小板血症
D47.4	-	骨髄線維症	-
D47.5	-	慢性好酸球性白血病	-
D47.7	-	リンパ組織・造血器の性状不詳腫瘍	-
D47.9	-	リンパ組織・造血器の性状不詳腫瘍	なし

コード末尾の「_」は、0~9のいずれかの数字が入ることを示す。

→ は、右の名称にある部位が対象であることを示す。

- は、左のコード・名称について、細分された名称が標準病名集に収載されていることを示す。

【追加】

・D39.1 卵巣腫瘍の一部

届出マニュアルで明示されている 7 つ

・D37.1 胃腫瘍の一部

良悪不詳の GIST

届出の必要な患者

当該病院等における初回の診断が行われた患者

■初回の診断とは

- ・当該病院等において、当該がんに関して初めての診断及び／又は治療等の診療行為のこと
- ・入院や外来を問わない
- ・紹介かどうかを問わず、貴院において、がんに対する診療行為を行った場合は、届出が必要です。診療行為には、緩和ケア、術後経過観察、がん手術実施に伴う術後リハビリのみを実施した場合なども含まれます

■診断とは

- ・必ずしも病理学的な確定診断を要しません
- ・画像診断、血液検査、尿検査、肉眼的診断、及び臨床診断を含みます

※詳しくは、「全国がん登録届出マニュアル」3ページをご参照ください。

※届出の対象かどうか判断に迷う際は、登録室までお問い合わせください。

■福岡県がん登録室（福岡県保健環境研究所内）

電話：092-921-9942

E-mail：gantouroku★fihes.pref.fukuoka.jp

（“★”を“@”に変えてください）

届出対象情報作成例

例 1) 退院時サマリーを基に届出対象情報を作成する場合

患者ID	〇〇〇〇〇-〇〇	患者基本情報は、保険証やカルテ情報等から正しい情報を抽出してください
氏名	福岡 太郎	
性別	男	
生年月日	1965/10/7	
住所	福岡県福岡市・・・・	
入院期間	2022/6/5~2022/6/15	
【退院時病名】 横行結腸癌	⑧側性、⑨原発部位	
【現病歴】 ⑭診断日 人間ドックで便潜血陽性となり、精査のため4/20当院受診。 5/11 CFにて横行結腸に20mmの隆起性病変を認め、 生検施行（結果：Group V, Adenocarcinoma） 。 諸検査を施行し手術の方針となる（胸部CT、腹部超音波検査：リンパ節や多臓器への転移所見なし。注腸造影検査：壁深達度SS）。 手術目的に6/5入院	⑮発見経緯 ⑪診断施設 ⑬診断根拠 ※生検、手術時病理の両方 ⑯進捗度・治療前	
【入院経過】 6/8 腹腔鏡下横行結腸切除術施行。（術中所見：SS, NOHOPO） 6/15 術後経過良好にて退院。	⑫治療施設 ⑩鏡視下の治療の有無	
【手術病理報告】 Well differentiated Adenocarcinoma, Transverse colon TNM : T3, N0, M0, Stage II A, PM0, DM0	備考にも！ ⑩病理診断	
	⑰進捗度・術後病理学的 ⑱外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲 (観血的治療の範囲)	

※病理診断結果から届出に必要な情報を読みとる際、以下の資料が参考となります

- がん情報サービス「部位別テキスト：2022年12月版」
5部位（胃、大腸、肝、肺、乳房）について掲載されています。
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/hospital/manual.html
- 院内がん登録支援_“学ぶ・調べる”「7. 部位別テキスト（主要5部位以外）」
上の5部位以外について掲載されています。
https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr_info/learn/

■例 1 を電子届出票に入力すると…

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		福岡県 ○○病院	
②診療録番号		○○○○○-○○ (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ フクオカ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)
④氏名		氏 福岡 (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 1965 年 10 月 7 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 福岡県 (全半角40文字) 市区町村以下 福岡市・・・・	
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	横行結腸 C18.4
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 5 月 11 日	
	⑮発見経緯	<input checked="" 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 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 <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 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 <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	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 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
	⑲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	
	⑳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		
㉕死亡日	<input type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 年 月 日		
備考	術後病理診断：Well differentiated Adenocarcinoma (全半角128文字)		

■例2 他施設からの診療情報提供書を基に届出対象情報を作成する場合

診療情報提供書

紹介先医療機関名 ○○病院(自施設)
 担当医 消化器内科 ■■▲▲先生 御侍史

紹介元医療機関の所在地及び名称 住所 福岡県福岡市……

A A A 病院

備考 TEL:***-***-****
 医師 ○○ ○○

患者氏名	福岡 花子	性別	女
患者住所	福岡市……	患者基本情報は、保険証やカルテ情報等から正しい情報を抽出してください	
生年月日	1935/5/5		

【傷病名】
胃体部癌 ⑧側性、⑨原発部位

【紹介目的】
 今後の御加療のお願い

⑮発見経緯

【症状・診療経過及び検査結果】
 2021年5月中旬より心窩部痛があり来院。6月10日にEGDで胃体部に不整粘膜を認め、生検でGroupVの腺癌と診断されております。

⑬診断根拠 ⑩病理診断 ⑪診断施設 ⑫治療施設

【治療経過】
 ご高齢のため、積極的な治療は希望されず当院でフォローしていましたが、今後は自宅に近い貴院での加療を希望されました。
 今後の御加療について何卒よろしくお願い致します。

【備考】
 特になし

⑭診断日

※自施設への紹介後の情報：
 2022年10月22日 自施設初診。
 引き続き自施設にて経過観察を行う方針となった。

⑯外科的治療の有無～
 ⑮その他の治療の有無

⑰外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲
 (観血的治療の範囲)

■例2を電子届出票に入力すると…

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		福岡県 ○○病院		
②診療録番号		○○○○○○ (全半角16文字)		
③カナ氏名		シ <input type="text" value="フクオカ"/> (全角カナ10文字)	メイ <input type="text" value="ハナコ"/> (全角カナ10文字)	
④氏名		氏 <input type="text" value="福岡"/> (全角10文字)	名 <input type="text" value="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 <input type="text" value="1935"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="5"/> 日		
⑦診断時住所		都道府県選択 <input type="text" value="福岡県"/> (全半角40文字) 市区町村以下 <input type="text" value="福岡市・・・・"/>		
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 <input type="text" value="胃、小腸"/>		
	⑩病理診断	組織型・性状 <input type="text" value="腺癌"/>	C16.2 8140/3	
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 <input type="text" value="2022"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="22"/> 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 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"/> 560. 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	⑯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	
		⑰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	
		⑲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		
	㉑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			
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		紹介元：AAA病院 前医にて積極的治療の希望なくフォローしていた患者。 自宅近くでの当院加療を希望され当院に転院。 (全半角128文字)		

「他施設診断」の場合、そのがんで初めて自施設を受診した日が「診断日」

自施設で治療を施行していない場合、この組み合わせとなる