

# 演習問題解答

院内がん登録支援

[https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr\\_info/e-learning/](https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr_info/e-learning/)

総合登録演習より

# 演習問題 1

●やカタカナで提出された場合  
照合ができないので、置き換えて備  
考欄に正式な漢字の参考情報を記載

新里町甲・乙・丙など注意

側性：結腸は、「7.側性なし」  
(マニュアルP31)

病理診断は管状腺癌（中分化は選択  
できないので、備考欄に入力  
(マニュアルP34～36)

診断根拠は届出時点までの「**全経過  
を通じて**」であり、紹介先の医療行  
為は記載しない。(マニュアルP39)  
「1. 原発巣の組織診」

自施設診断なので、診断日は  
「がん」と診断された最も確からし  
い検査をした検査日  
(マニュアルP40)

手術後の病理報告から  
「420.領域リンパ節転移」を選択

手術後の病理報告より  
「1.腫瘍遺残なし」を選択

備考欄の活用 (マニュアルP53)

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		A	
②診療録番号		1234567	(金半角16文字)
③カナ氏名		シ トチギ	(金角カナ10文字) <small>メイ ハナコ</small> (金角カナ10文字)
④氏名		氏 橋本	(金角10文字) <small>名 花子</small> (金角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 1970 年 7 月 25 日	
⑦診断の場所		都道府県選択 栃木県 (金半角40文字) 市区町村以下 宇都宮市陽南4-9-13	
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
	⑩病理診断	詳細分類	下行結腸 C18.6
診断 情報	⑪病理診断	組織型・性状	管状腺癌 8211/3
	⑫診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑬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 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	
	⑭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	
進行 度	⑮診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 2 月 22 日	
	⑯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	
	⑰進捗度・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	
	⑱進捗度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input checked="" 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 期 治 療	⑲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	
	⑳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 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	
	㉓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	
	㉔化学療法	<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	
そ の 他 治 療	㉕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	
	㉖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	
㉗死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日	
備考		Moderately differentiated tubular adenocarcinoma (全半角128文字)	

# がんに関する情報が乏しい場合も届出る必要があるか。

- 届出の対象は定義の通り。基本情報を正確に入力し、がん情報は自施設でわかる範囲で提出ください。

- ⑧側性：マニュアル参照（7か9）
- ⑨原発部位（詳細分類）：詳細部位不明
- ⑩病理診断：悪性腫瘍
- ⑪診断施設：他施設診断
- ⑫治療施設：他施設で初回治療終了後に、自施設に受診
- ⑬診断根拠：臨床診断
- ⑭診断日：当該腫瘍初診日
- ⑮発見経緯：不明
- ⑯進展度・治療前：不明
- ⑰進展度・術後病理学的：手術なし
- ⑱～⑳、㉒～㉓治療：自施設で施行なし（すべて）
- ㉔観血的治療の範囲：観血的治療なし

# 演習問題2

★基本情報は正確に記入する

側性：胃は「7.側性なし」  
(マニュアルP31)

部位は「胃」を選択し、詳細分類は  
**詳細部位不明**、組織型・性状は「**悪性腫瘍**」を選択

診断施設は「**2.他施設診断**」 治療施設は「**4.他施設で初回治療終了後に自施設に受診**」を選択

診断根拠は最も低い診断根拠  
「**6.臨床診断**」を選択  
(マニュアルP39)

他施設診断なので、診断日は「当該腫瘍**初診日**」(マニュアルP40)

進展度・治療前は「499.不明」

進展度・術後病理学的は、「**660.手術なし・術前治療後**」を選択  
「**499.不明**」を選択しない

観血的治療の範囲は、  
「**6.観血的治療なし**」

自施設での死亡でなければ空欄

備考欄の活用 (マニュアルP53)

## ✓ 全国がん登録届出票②

①病院等の名称		A病院	
②診療録番号		9999999 (全半角16文字)	
③カナ氏名		シ トチギ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)
④氏名		氏 栃木 (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 type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input checked="" type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 <input type="text" value="22"/> 年 <input type="text" value="2"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日	
⑦診断時住所		都道府県選択 栃木県 (全半角40文字) 市区町村以下 宇都宮市陽南4-9-13	
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	胃、小腸
	⑩病理診断	詳細分類	胃の2部位以上広範又は詳細部位不明 C16.9
診断情報	⑪組織型・性状	悪性腫瘍 8000/3	
	⑫診断施設	<input type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2.他施設診断	
	⑬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	
	⑭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 checked="" type="checkbox"/> 6.臨床診断 <input type="checkbox"/> 9.不明	
進行度	⑮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="7"/> 月 <input type="text" value="23"/> 日	
	⑯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.創傷発見 <input type="checkbox"/> 8.その他 <input checked="" type="checkbox"/> 9.不明	
	⑰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	
初回治療	⑱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 checked="" 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	⑳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
		㉑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
		㉒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
	㉓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	㉔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	
	㉕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	
	㉖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	
㉗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		
㉘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		(全半角128文字)	

基本情報を正確に

- ・ 氏名（漢字）
- ・ 生年月日
- ・ 診断時住所

側性：マニュアル参照

原発部位(詳細分類)：詳細部位不明

病理診断：悪性腫瘍

診断施設：他施設診断

治療施設：他施設で初回治療終了後に、自施設に受診

診断根拠：臨床診断

診断日：当該腫瘍初診日

発見経緯：不明

進展度・治療前：不明

進展度・術後病理学的：手術なし

治療：自施設で施行なし（すべて）

観血的治療の範囲：観血的治療なし

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	胃、小腸
		詳細分類	胃の2部位以上広範又は詳細部位不明
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 type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input checked="" 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="7"/> 月 <input type="text" value="23"/> 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	
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		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; font-size: small;">(全半角128文字)</div>	