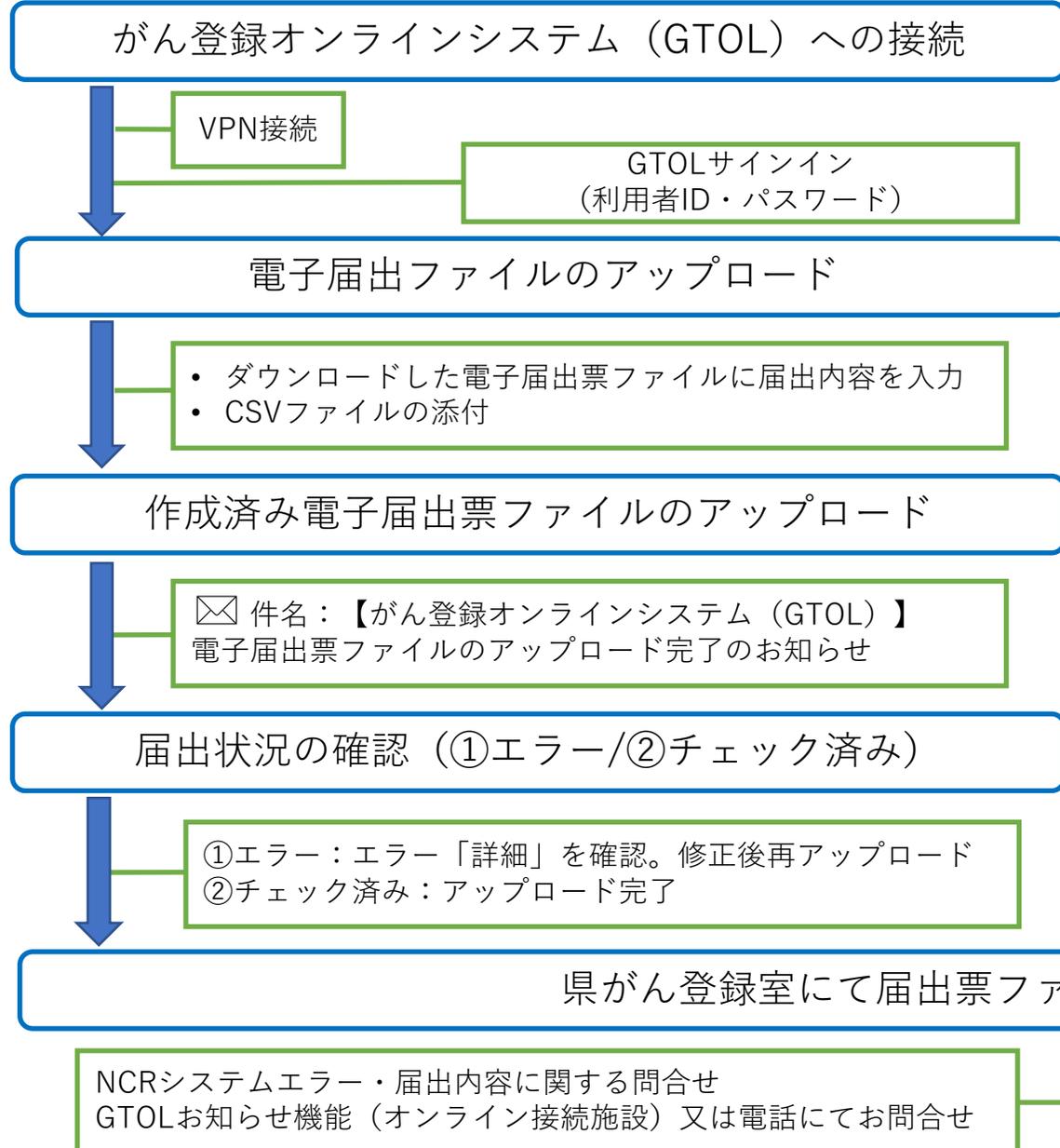


エラー—警告演習問題

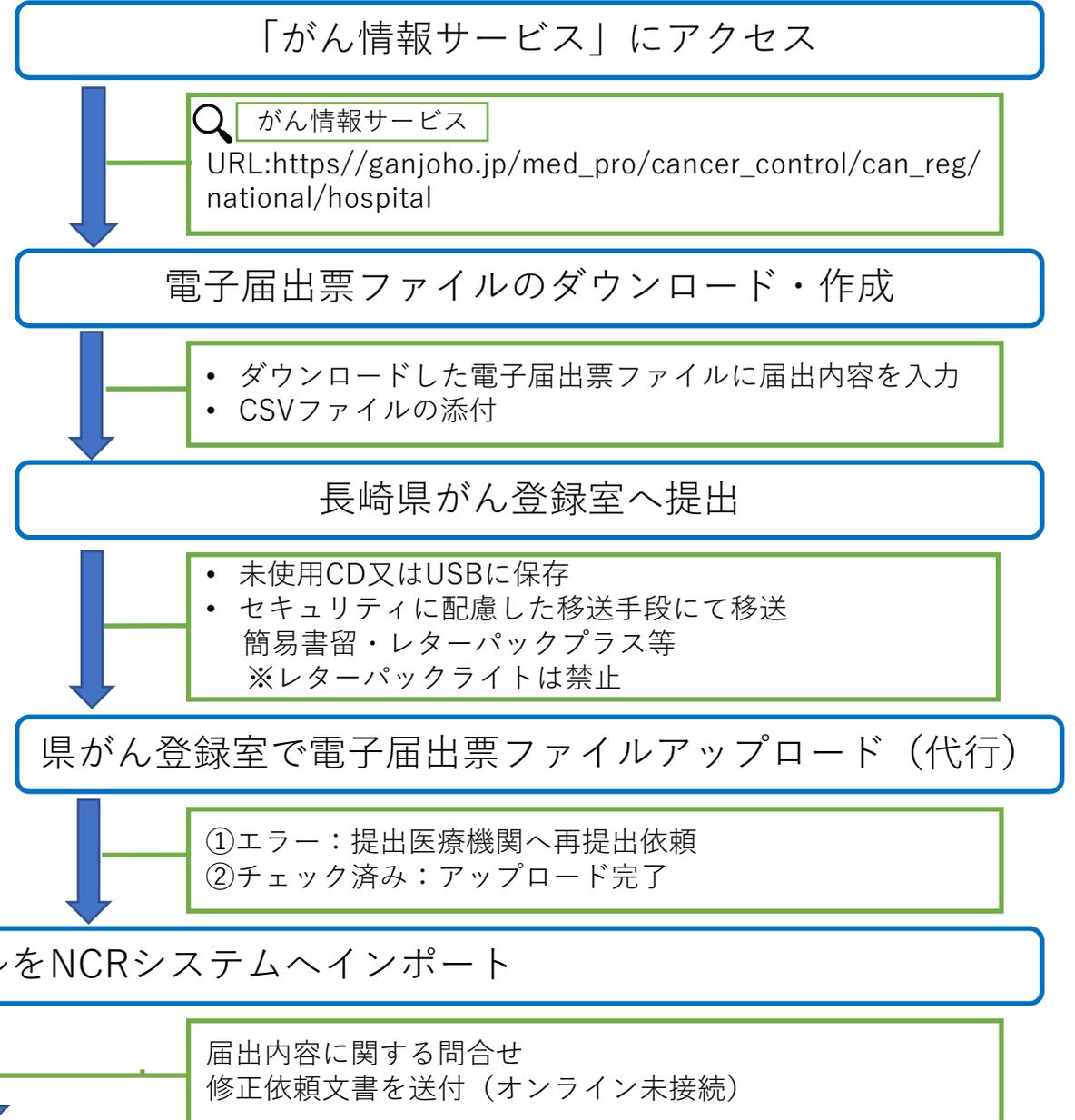
令和6年 長崎県がん登録室

全国がん登録届出の流れ

オンライン接続施設



オンライン未接続施設



全国がん登録届出完了

エラー件数 TOP10

| 順位 | エラーコード | エラー内容 |
|----|--------|--|
| 1 | E4020 | 観血的治療の有無と進展度・術後病理学的（660,777）が矛盾 |
| 2 | E4014 | 治療施設と進展度・術後病理学的が矛盾 |
| 3 | 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 |
| 4 | E4015 | 治療施設と初回治療の有無 |
| 5 | E4010 | 性状（3）と進展度・術後病理学的が矛盾 |
| 6 | E4005 | 局在コードと進展度・治療前（777）が矛盾 |
| 7 | E4009 | 組織形態コードと診断根拠が矛盾 |
| 8 | E4013 | 性状（3）と進展度・治療前と切除の範囲が矛盾 |
| 9 | E4003 | 側性と局在コード（側性なし）が矛盾 |
| 10 | E4004 | 側性（両側）と局在コードが矛盾 |

演習問題 ① - E4003 - 問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコード：E4003：側性と局在コード（側性なし）が矛盾

| | | | |
|-------|-------|--|----------|
| 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 | 皮膚 |
| | | 詳細分類 | 頭皮及び頸の皮膚 |
| | ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 基底細胞癌 |

備考
頭皮の皮膚「2.左」と
カルテに記載あり

演習問題 ① - E4003 -

■ 解答

エラー理由： 頭皮及び頸の皮膚(C44.4)の時に「⑧側性」で「2.左」を選択している。

対処法：「⑨原発部位」が「側性のある臓器一覧」に記載されていない臓器の場合は「⑧側性」は「7.側性なし」を選択する。

| | | | | |
|-------|-------|--|----------|--------|
| 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 | 頭皮及び頸の皮膚 | C44.4 |
| | ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 基底細胞癌 | 8090/3 |

備考
頭皮の皮膚「2.左」と
カルテに記載あり

演習問題 ② - E4004 -

< 参考資料1 >

< 参考資料2 >

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコードE4004：側性（両側）と局在コードが矛盾

| | | | | |
|-------|--------|------|---|-------|
| 腫瘍の種類 | ⑧側性 | | <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input checked="" 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 | 肺・気管 | |
| | | 詳細分類 | 肺の2部位以上広範又は詳細部位不明 | C34.9 |
| 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 | |

他施設診断で、側性の情報がなかったため
「3.両側」を選択

演習問題 ② - E4004 -

■ 解答

エラー理由： 肺（C349）の側性で「3.両側」を選択している。

対処法： 「⑧側性」で「3.両側」を選択できるのは「C56.9両側卵巣」「C64.9 両側腎臓」「C69 両側網膜」の3つのみである。

左右両側に原発した場合は左右それぞれ異なる腫瘍として届出票を作成する。
側性の情報がなく、両側原発性と判断できない場合は「9.不明」を選択する。

左右両側に
原発腫瘍有

左右2枚
届出票作成

| | | | | |
|-------|--------|------|--|--------|
| 腫瘍の種類 | ⑧側性 | | <input checked="" 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 | 肺・気管 | |
| | | 詳細分類 | 肺の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 | | C34.9 |
| 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 | 肺・気管 | |
| | | 詳細分類 | 肺の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 |

原発部位・側性の情報なし

| | | | | |
|-------|--------|------|--|--------|
| 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 type="checkbox"/> 7.側性なし <input checked="" type="checkbox"/> 9.不明 | |
| | ⑨原発部位 | 大分類 | 肺・気管 | |
| | | 詳細分類 | 肺の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 | | C34.9 |
| | | | | 8000/3 |

今回は「9.不明」
を選択

演習問題 ③ - E4005 -

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコード：E4005：局在コードと進展度・治療前（777）が矛盾

| | | | |
|-------|-------------|--|----------|
| 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 | 悪性リンパ腫 |
| | | 詳細分類 | 多部位のリンパ節 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 悪性リンパ腫, 大細胞性B細胞型, びまん性 | 9680/3 |
| 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 | |
| 進行度 | ⑬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 | |
| | ⑭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 | |

備考
紹介状に進展度・治療前の
詳細情報なし

演習問題 ③ - E4005 -

■ 解答

エラー理由：「⑨原発部位」が多部位のリンパ節（C77.8）の時に「⑩進展度・治療前」で「777.該当せず」を選択している。

対処法：「⑩進展度・治療前」で「777.該当せず」を選択できるのは血液（C42.0）又は骨髄（C42.1）のがんの場合のみ。

| | | | |
|-------|-------------|--|----------|
| 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 | 悪性リンパ腫 |
| | | 詳細分類 | 多部位のリンパ節 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 悪性リンパ腫, 大細胞性B細胞型, びまん性 | |
| 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 | |
| 進行度 | ⑬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 | |
| | ⑭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 | |

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコードE4009：組織形態コードと診断根拠が矛盾

| | | | | | | |
|-------|-------|--|---|--|--|--|
| 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 | | | |
| | ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 悪性腫瘍 | | | |
| 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 checked="" 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 | | | | |

備考
 TRUS（経直腸的超音波検査）
 PSA腫瘍マーカー※施行

※PSA腫瘍マーカー：前立腺特異抗原（PSA）の血中値を測定
 血中PSA基準値：≦4.0ng/ml

演習問題 ④ - E4009 -

■ 解答

エラー理由：⑩組織・性状コード8000/3（新生物悪性）の時に⑬診断根拠4：部位特異的腫瘍マーカーを選択している。

対処法：⑬診断根拠：「4.部位特異的腫瘍マーカー」が適用できる形態コードは8170/3(肝細胞癌)でのAFP高値、9100/3（絨毛癌）でのHCG高値、9500/3（神経芽細胞腫）でのVMA高値、9761/3（ワルデンストレームマクログロブリン血症）での免疫グロブリン高値の時のみ
これら以外の腫瘍マーカーは「5.臨床検査」を選択する。

| | | | | |
|-------|-------|--|---|--------|
| 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 |
| 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 | | |

演習問題 ⑤ - E4020 -

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい

エラーコードE4020: 観血的治療の有無と進展度・術後病理学的 (660,777) が矛盾

| | | | | |
|--------|--|-----------|--|-------|
| 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 | |
| 進行度 | ⑬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 | |
| | ⑭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 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 | 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 | |
| | | ⑰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 | |
| | | ⑱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 | ⑲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 | |
| | | ⑳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 | |
| | | ㉑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 | |
| ㉒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 | | | |

備考
CT画像より、多発転移あり
手術なし、内分泌治療施行

演習問題 ⑤ - E4020 -

■ 解答

エラー理由： 自施設で観血的治療を行っていないが「⑰進展度・術後病理学的」で「440.遠隔転移」を選択している

対処法： 「⑳観血的治療の範囲」が「6.観血的治療なし」の場合には「⑰進展度・術後病理学的」は「660.手術なし・術前治療後」又は「777.該当せず」を選択する

| | | | |
|--------|---|-----------|--|
| 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 |
| 進行度 | ⑯進展度・治療前 | | |
| | ⑰進展度・術後病理学的 | | |
| 初回治療 | 観血的治療 | ⑩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 |
| | | ⑪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 |
| | | ⑫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 |
| | | ⑬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 | ⑭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 |
| | | ⑮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 |
| | | ⑯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 |
| ⑰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 | | |

備考
CT画像より、多発転移あり
手術なし、内分泌治療施行

<補足>

※ 「777.該当せず」を選択できるのは局在コードC42.0（血液）、C42.1（骨髄）の時のみ

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい

エラーコード:E4010 性状 (3) と進展度・術後病理学的が矛盾

| | | | | | | |
|-------|-------------|-----------|--|--|--|--------|
| 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 | 皮膚 | | | |
| | | 詳細分類 | 顔面の皮膚その他 | | | C44.3 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | | 扁平上皮癌 | | | 8070/3 |
| 進行度 | ⑬進展度・治療前 | | <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"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明 | | | |
| | ⑭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 | | | |
| 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 | | | |
| | | ⑰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 | | | |
| | | ⑱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 | | | |

備考
 扁平上皮癌
 術後病理結果： pT1 N0 M0

演習問題 ⑥ - E4010 -

■ 解答

エラー理由：「⑩病理診断」が「扁平上皮癌（8070/3）」の時に「⑰進展度・術後病理学的」で「400.上皮内」を選択している。

対処法：「⑩病理診断」で選択した形態の性状コードが「〇〇〇〇/3」の場合には「⑰進展度・術後病理学的」は「400.上皮内」以外を選択する。

| | | | |
|-------|-------------|-----------|--|
| 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 | 皮膚 |
| | | 詳細分類 | 顔面の皮膚その他 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 扁平上皮癌 | 8070/3 |
| 進行度 | ⑱進展度・治療前 | | |
| | ⑰進展度・術後病理学的 | | |
| 初回治療 | 観血的治療 | 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 |

備考
扁平上皮癌
術後病理結果： pT1 N0 M0

演習問題 ⑦ - E4015 -

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコード:E4015 治療施設と初回治療の有無

| | | | |
|------|-------|---|---|
| 診断情報 | ①診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断 | |
| | ②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 | |
| 初回治療 | 観血的治療 | ③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 |
| | | ④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 |
| | | ⑤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 |
| | | ⑥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 | ⑦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 |
| | | ⑧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 |
| | | ⑨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 |
| | | ⑩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 |

備考
化学療法を継続目的に
自施設に紹介

演習問題 ⑦ - E4015 -

■ 解答

エラー理由： 「⑫治療施設」が「4他施設で初回治療を終了後に自施設に受診」の時に「⑲化学療法」で「1自施設で施行」を選択している。

対処法： 「⑫治療施設」と初回治療の有無の矛盾を解消する。備考欄の記載から初回治療の継続であると判断できるため、「⑫治療施設」は「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」へ修正する。

| | | | |
|------|--------|---|---|
| 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 checked="" 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 | ⑬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 |
| | | ⑭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 |
| | | ⑮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 |
| | | ⑯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 | ⑰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 |
| | | ⑱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 |
| | | ⑲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 |
| | ⑳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 | |

備考
化学療法を継続目的に
自施設に紹介

- ※ 「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」を選択する際、以下ご注意ください。
- ・初回治療として選択できるのは当該がんの縮小・消失を意図した化学療法のうち、治療計画等に記載されたもの
 - ・症状緩和を目的に投与されたお薬は初回治療には含まれません

演習問題 ⑧ - E4021 -

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコード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

| | | | |
|--------|-------------|--|---|
| 診断情報 | ①診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断 | |
| | ②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 | |
| 進行度 | ⑩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 | |
| | ⑪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 | |
| 初回治療 | 観血的治療 | ⑫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 |
| | | ⑬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 |
| | | ⑭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 |
| | ⑮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 |
| | その他治療 | ⑯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 |
| | | ⑰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 |
| | | ⑱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 |
| ⑲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 | |

※修正箇所2ヶ所あります

備考
緩和治療目的に紹介
前医での治療等詳細情報不明

演習問題 ⑧ - E4021 -

解答

エラー理由：「⑱外科的・⑲鏡視下⑳内視鏡的治療」が「2.自施設で施行なし」の時「㉑観血的治療の範囲」で「9.不明」を選択している。

対処法：「⑱外科的～㉑内視鏡的治療」が「2.自施設で施行なし」の場合「㉑観血的治療の範囲」は「6.観血的治療なし」を選択する。

| | | |
|-------|-------------|--|
| 診断情報 | ①診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断 |
| | ②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 |
| 進行度 | ⑬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 |
| | ⑭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 | 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 |
| | ⑱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 |
| | 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 |
| その他治療 | 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 |

<2つ目のエラー修正>

「㉑観血的治療の範囲」を「6.観血的治療なし」に修正した事により「⑭進展度・術後病理学的」との組み合わせにE4020エラーが発生します。

<E4020>

観血的治療の範囲と進展度・術後病理学的の矛盾

「㉑観血的治療の範囲」は「6.観血的治療なし」ですので「⑭進展度・術後病理学的」は「660.手術なし・術前治療後」を選択して下さい。

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコードE4013：性状（3）と進展度・治療前と切除の範囲が矛盾

| | | | |
|-------|-------------|--|--------|
| 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 | 皮膚 |
| | | 詳細分類 | 外耳の皮膚 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 基底細胞癌 | 8090/3 |
| 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 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 | |
| 進行度 | ⑬進展度・治療前 | <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"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明 | |
| | ⑭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 | |

備考
生検結果 基底細胞癌
c T1N0M0

演習問題 ⑨ - E4013 -

■ 解答

エラー理由：「⑩病理診断」が「基底細胞癌8090/3」の時に自施設で観血的治療を行っていないが「⑯進展度・治療前」で「400.上皮内」を選択している。

対処法：「⑩病理診断」で選択した形態コードが「性状：(3) 悪性」の場合「⑯進展度・治療前」は「410限局~440遠隔転移」を選択する。備考欄と参考資料4より「410限局」を選択する。

| | | | |
|-------|-------------|--|--------|
| 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 | 皮膚 |
| | | 詳細分類 | 外耳の皮膚 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 基底細胞癌 | 8090/3 |
| 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 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 | |
| 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 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 | |

備考欄に生検結果 cT1N0M0と記載があるので「⑯進展度・治療前」は「410限局」を選択する

問題

届出アップロード時に以下のエラーが発生しました。届出票を正しい情報に修正して下さい。

エラーコードE4014 : 治療施設と進展度・術後病理学的が矛盾

| | | | |
|--------|-------------|--|---|
| 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 | |
| 進行度 | ⑬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 | |
| | ⑭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 | |
| 初回治療 | 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 |
| | | ⑱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 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 | ⑳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 |
| | | ㉑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 |
| ㉒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 | |
| ㉓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 | |

備考
緩和治療目的に自施設へ紹介
進展度、治療内容詳細不明

演習問題 ⑩ - E4014 -

■ 解答

エラー理由： 自施設で初回治療を行っていないが「⑩進展度・術後病理学的」で「499.不明」を選択している。

対処法： 「⑫治療施設」が「1.自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明」もしくは「4.他施設で初回治療を終了後に自施設に受診」又は「8.その他」の場合は、「⑩進展度・術後病理学的」は「660.手術なし・術前治療後」又は「777.該当せず」を選択する。

| | | | |
|------|-------------|--|---|
| 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 | |
| 進行度 | ⑩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 | |
| | ⑩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 | ⑬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 |
| | | ⑭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 |
| | | ⑮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 |
| | | ⑯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 | ⑰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 |
| | | ⑱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 |
| | | ⑲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 |
| | ⑳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 | |

備考
緩和治療目的に自施設へ紹介
進展度、治療内容詳細不明

今後とも全国がん登録に
ご協力お願いいたします

ご清聴ありがとうございました