

奈良県地域がん登録届出票(治療開始後、再発)※

この用紙は、**治療開始後・再発**専用です。

初発は、第1号様式「奈良県地域がん登録届出票(初発)」にご記入ください。



○届出時期については、奈良県保健予防課ホームページに記載しておりますので、ご参照ください。

登録室
使用欄

受付番号

受付年月日

登録室
使用欄

医療機関	名称・住所		診療科	届出医師名
貴院患者ID			性別	生年月日
フリガナ			<input type="checkbox"/> 1 男	<input type="checkbox"/> 0 西暦 <input type="checkbox"/> 1 明治 <input type="checkbox"/> 2 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 3 昭和 <input type="checkbox"/> 4 平成
姓・名(漢字)	姓	名	<input type="checkbox"/> 2 女	
診断時患者住所	〒 -			
原発病巣	部位	(例 腎U, 肺S2など)		
	臓器名と詳細部位	悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載		
	左右 両側臓器のみ記載	<input type="checkbox"/> 1 右 <input type="checkbox"/> 2 左 <input type="checkbox"/> 9 不明 <input type="checkbox"/> 3 両側(卵巣, 腎芽腫, 網膜芽腫のみ)		
自施設初診日(必須)			<input type="checkbox"/> 0 西暦 <input type="checkbox"/> 1 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2 平成	
転帰 転院、死亡日が分かる場合はご記入ください。	<input type="checkbox"/> 転院 病院名 ()		<input type="checkbox"/> 0 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1 平成	
	<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> 0 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1 平成	
前医療機関	医療機関名 ()より紹介		<input type="checkbox"/> 0 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1 平成	
自由記載欄				

奈良県地域がん登録事業

※次の場合、この用紙にご記入ください

○第1号様式の届出後に死亡した場合

○他施設で当該腫瘍の初回治療後に自施設を受診した場合

・継続治療(化学療法、放射線治療等)及びフォローアップを含みます。

○再発がんの診断・治療を行った場合

・以前に自施設で「奈良県地域がん登録届出票」を提出した場合、記入の必要はありません。ただし、患者が死亡した時や届出内容に変更があった場合は、上記にかかわらず届出をお願いします。