

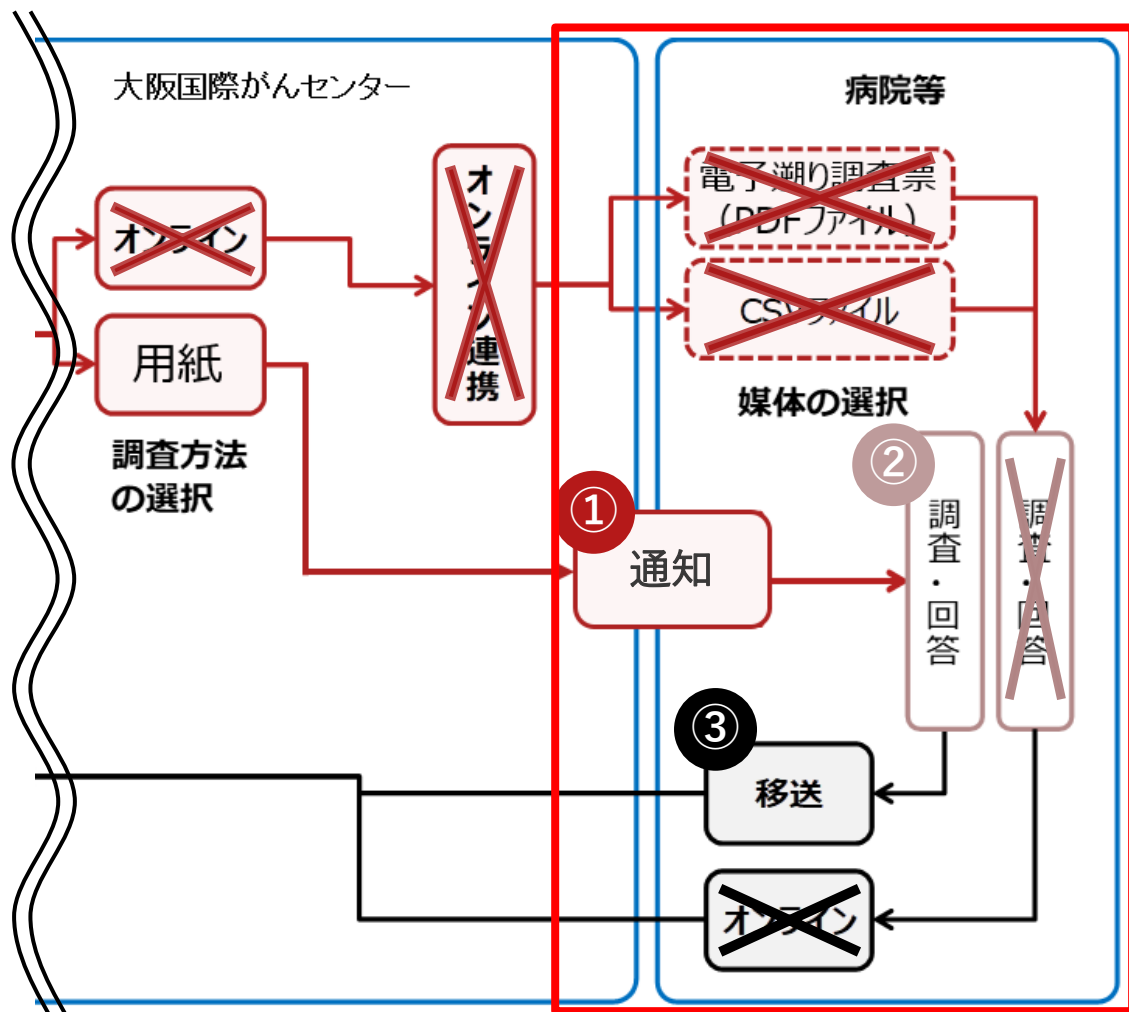
遡り調査票(用紙)

大阪国際がんセンター がん対策センター 政策情報部

スライドに掲載している画像等に関しては
国立がん研究センター がん情報サービスより引用しています。
<https://ganjoho.jp/public/index.html>



遡り調査の流れ



① 通知の受領

遡り調査の書類一式を、大阪国際がんセンターより調査対象となっている医療機関宛てにお送りいたします。

② 遡り調査該当者のがん情報の確認・回答

お送りしている書類の中に、がん情報の記載された遡り調査票を同封しております。調査該当患者のがん情報の有無を医療機関側で確認の上、遡り調査票に直接記入してください。

③ 遡り調査票の返送

回答を記入した遡り調査票(原本)を期日内に当センターまで返送してください。

※必ず返送用のレターパックにてお送りください。

調査該当者のがん情報の確認

全国がん登録逆り調査票

死亡診断書に記載のがんに関する情報の追加・修正届出

複写禁止

0F00000996

6

F001-201601-1

事務局使用欄

7.既登録等

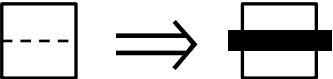

死亡診断書のがんについて	<input type="checkbox"/> 1.通常回答	
	<input type="checkbox"/> 2.死亡診断書に記載のがんは調査票の内容とは異なる⇒死亡診断書に記載のがんを以下の調査票に記入 下記に該当する場合、以下の調査票の記入は必要ありません	
	<input type="checkbox"/> 3.死亡検案	<input type="checkbox"/> 4.死亡診断書には調査対象のがんの記載なし
	<input type="checkbox"/> 5.調査対象者の該当なし	
	<input type="checkbox"/> 6.調査対象腫瘍の詳細診療情報なし(主たる診断・治療病院名:)	
①病院等の名称	いるか市民病院	
②診療録番号	※病院コード(事務局使用欄)	
③カナ氏名	シメイ	
④氏名	氏 国際	名 太郎
⑤性別	男	⑥生年月日 1961/1/2
⑦診断時住所	大阪府星川市赤坂1-2-3	
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	乳房上外側4分の1 ※コード(事務局使用欄) C 5 0 4
	⑩病理診断	浸潤性導管癌, NOS (C50.) ※コード(事務局使用欄) 8 5 0 0 3 1
⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断	

⑪他施設に紹介またはその後の経過不明	
⑫自施設に受診して初回治療を継続	
⑬自施設に受診	
<input type="checkbox"/> 2.転移巣の組織診	<input type="checkbox"/> 3.細胞診
<input type="checkbox"/> 5.臨床検査	<input type="checkbox"/> 6.臨床診断 <input type="checkbox"/> 9.不明
年 月 日	
⑭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"/> 8.その他 <input type="checkbox"/> 9.不明	
0.限局	<input type="checkbox"/> 4 2 0.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 4 3 0.隣接臓器浸潤
7.該当せず	<input type="checkbox"/> 4 9 9.不明
0.限局	<input type="checkbox"/> 4 2 0.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 4 3 0.隣接臓器浸潤
0.手術なし・術前治療後	<input type="checkbox"/> 7 7 7.該当せず <input type="checkbox"/> 4 9 9.不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 4.姑息的な観血的治療	<input type="checkbox"/> 6.観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9.不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
<input type="checkbox"/> 2.自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明

⑯死亡日 2020/6/1

備考

遡り調査票の記入方法

- 遡り調査票には、マークシート部分と記述部分があります。
- マークの項目はスキャナーを使った機械で読み取りますので、
太い黒色のペン（筆記具の種類は問わない）ではっきりとマークしてください。
- マークの仕方については右の図のように突き抜けても問題ありません。  ⇒ 
- 記述部分(文字・数字)については読みやすい文字で丁寧に記入してください。
- 記載内容を誤った場合は、白色の修正ペンまたは修正テープにて修正をしてください。



遡り調査票 (用紙)

全国がん登録遡り調査票

死亡診断書に記載のがんに関する情報の追加・修正届出

複写禁止

0F00000996

6

F001-201601-1

事務局使用欄

7.既登録等

死亡診断書のがんについて	<input type="checkbox"/> 1.通常回答
	<input type="checkbox"/> 2.死亡診断書に記載のがんは調査票の内容とは異なる⇒死亡診断書に記載のがんを以下の調査票に記入 下記に該当する場合、以下の調査票の記入は必要ありません
	<input type="checkbox"/> 3.死亡検案 <input type="checkbox"/> 4.死亡診断書には調査対象のがんの記載なし <input type="checkbox"/> 5.調査対象者の該当なし
	<input type="checkbox"/> 6.調査対象腫瘍の詳細診療情報なし(主たる診断・治療病院名:)

①病院等の名称	いるか市民病院	
②診療録番号	※病院コード(事務局使用欄)	
③カナ氏名	シ	メイ
④氏名	氏 国際	名 太郎
⑤性別	男	⑥生年月日 1961/1/2
⑦診断時住所	大阪府星川市赤坂1-2-3	
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	乳房上外側4分の1 ※コード(事務局使用欄) C 5 0 4
	⑩病理診断	浸潤性導管癌, NOS (C50._) ※コード(事務局使用欄) 8 5 0 0 3 1
	⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断

⑫他施設に紹介またはその後の経過不明	<input type="checkbox"/> 2.転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3.細胞診
⑬自施設に受診して初回治療を継続	<input type="checkbox"/> 5.臨床検査 <input type="checkbox"/> 6.臨床診断 <input type="checkbox"/> 9.不明
⑭自施設に受診	年 月 日
⑮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
⑯その他	<input type="checkbox"/> 8.その他 <input type="checkbox"/> 9.不明
⑰限局	<input type="checkbox"/> 4 2 0.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 4 3 0.隣接臓器浸潤
⑱該当せず	<input type="checkbox"/> 4 9 9.不明
⑲限局	<input type="checkbox"/> 4 2 0.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 4 3 0.隣接臓器浸潤
⑳手術なし・術前治療後	<input type="checkbox"/> 7 7 7.該当せず <input type="checkbox"/> 4 9 9.不明
㉑自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉒自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉓自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉔姑息的な観血的治療	<input type="checkbox"/> 6.観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9.不明
㉕自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉖自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉗自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明
㉘自施設で施行なし	<input type="checkbox"/> 9.施行の有無不明

⑳ 死亡日 2020/6/1

備考

遡り調査票の記入例

全国がん登録遡り調査票

死亡診断書に記載のがんに関する情報の追加・修正届出

「死亡診断書のがんについて」参照

死亡診断書のがんについて	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 通常回答 <input type="checkbox"/> 2. 死亡診断書に記載のがんは調査票の内容とは異なる⇒死亡診断書に記載のがんを以下の調査票に記入 下記に該当する場合、以下の調査票の記入は必要ありません <input type="checkbox"/> 3. 死亡検案 <input type="checkbox"/> 4. 死亡診断書には調査対象のがんの記載なし <input type="checkbox"/> 5. 調査対象者の該当なし <input type="checkbox"/> 6. 調査対象腫瘍の詳細診療情報なし(主たる診断・治療病院名:)	
①病院等の名称	いるか市民病院	
②診療録番号	1 1 2 3 5 5 6 8	*病歴コード(事務局使用前)
③カナ氏名	シハタケヤマ	メヒナコ
④氏名	氏 富山	名 雛子
⑤性別	女	⑥生年月日 1961/1/2
⑦診断時住所	青空県星川市東区赤坂3-4-1	
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	肺, NOS 下葉	*コード(事務局使用前) C 3 4 9
⑩病理診断	腺癌	*コード(事務局使用前) 8 0 0 0 3 9
⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断	

死亡診断書に記載されていたがんの内容

事務局使用欄のためコードは記入・修正しない

詳細情報を追記



遡り調査票の記入例

診断情報	⑫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	
	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"/> <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 2016年08月13日	
進行度	⑯進展度・治療前	<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進展後・後術病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input checked="" 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	
初回治療	⑱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	
	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 checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input 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 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	
	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	2020/9/1	備考	くじらクリニックから紹介

自施設診断の場合は診断日を、
他施設診断の場合は当該腫瘍の
自施設の初診日を **西暦で記入**



遡り調査票の返送に関する注意点とお願い

- 遡り調査票を返送する際は、極めて機密性の高い個人情報の移送となるため、同封の返送用のレターパックをご利用ください。
普通郵便等での返送は絶対におやめください。
- 遡り調査票が複数枚あり、患者情報の有無が混在している場合であっても、
全ての遡り調査票にご記入いただき、全てご返送ください。
遡り調査票を医療機関側で破棄することのないようお願いいたします。
- 返送する際は、必ず遡り調査票の原本を返送してください。
医療機関側の保存用としてコピーしたものを返送しないようにしてください。

