

遡り調査について

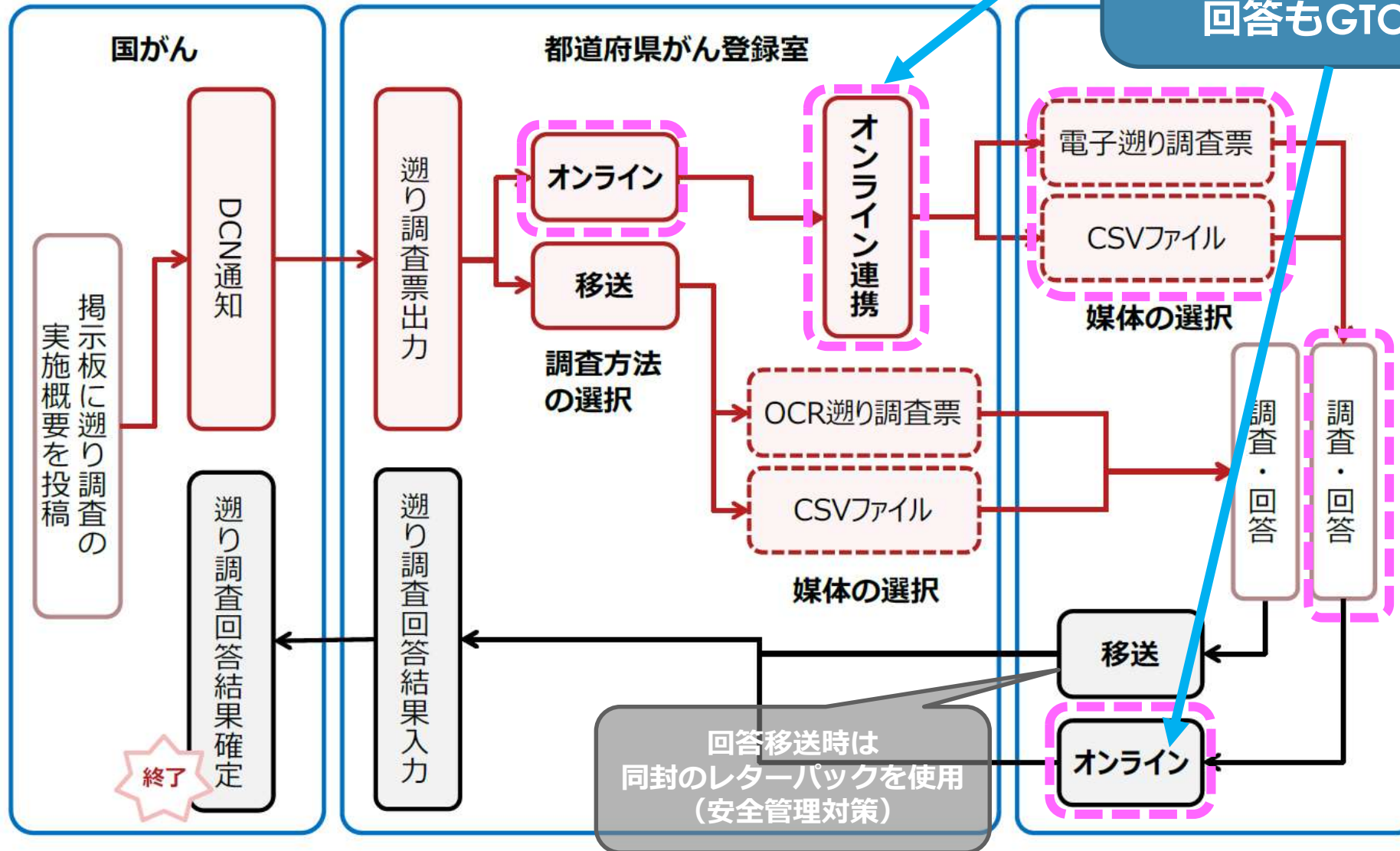
-
- ・ 概要
 - ・ GTOL 遡り調査 準備～アップロード まで
 - ・ 死亡診断書のがんについて 区分 の説明
 - ・ 回答入力例 GTOL回答（電子遡り調査票（PDF））、OCR回答

遡り調査とは

- がん登録において、当該患者のがんに関する届出情報がなく、
人口動態調査死亡票により初めてがん（またはがん疑い）として新規登録された症例について、
死亡診断書を作成した医療機関に、
遡ってがん診療に関する情報の提出を依頼する調査のことをいう。
 - ※ 遡り調査の位置づけ（法6条、法14条、法16条）
 - ✓ 任意の「調査」ではない。「遡り調査票」は届出票と同義である。
 - ✓ 病院等は、診療情報等の検索を行い、届出対象となる症例を確認した場合には、**法6条に基づいて届出義務を果たす**。
(国がん資料 2020年遡り調査について（医療機関用）より抜粋)

遡り調査フローチャート

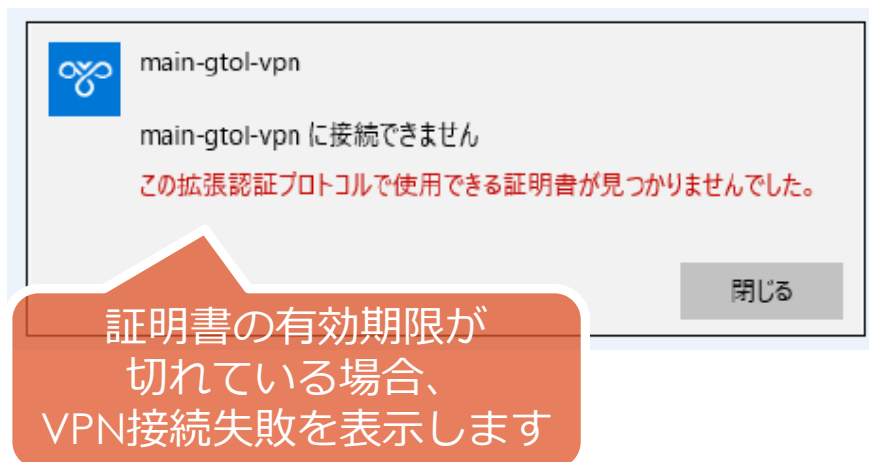
**GTOL導入のご施設は、
GTOLで調査票を送付。
回答もGTOL届出です。**



- ・ 医療機関の長への依頼状などは従来通り郵送あり。
- ・ 今回より、調査票の郵送はGTOL未導入施設のみです。

GTOL 逆り調査 ～準備～

- クライアント証明書有効期限



クライアント証明書は
1年で期限が切れるため、更新必要
期限延長は、有効期限が切れた後で実施

がん情報サービス > GTOL
「GTOL証明書更新手順」参照

- 利用者ID、パスワードを用意

- 利用者ID 不明
(GTOLマニュアル 6.3.2参照)
 - ✓ 貴院の届出責任者に確認。
 - ✓ 届出責任者の利用者IDも不明
→ 愛知県がん登録室へ問合せ
- パスワード不明
(GTOLマニュアル 6.3.3参照)
- メールアドレス不明
(GTOLマニュアル 6.3.4参照)

GTOL 遡り調査の流れ

がん登録オンラインシステムマニュアル医療機関用 4.3 p.31-52

遡り調査

※システム外の作業

☒件名：
【がん登録オンラインシステム
(GTOL)】遡り調査のご連絡

1. 遡り調査の通知案内 ※

2.

端末ログオン

GTOL への接続
VPN 接続認証

GTOL サインイン

3.

遡り調査票ファイルのダウンロード・編集

4. 遡り調査票ファイルのアップロード

5. 届出済み遡り調査票ファイルの確認

GTOL 遡り調査 1～3

1. 遡り調査の通知案内 (マニュアル 4.3.2 p.32)

遡り調査が開始されると、次の件名のメールが届く

✉件名：【がん登録オンラインシステム (GTOL) 】遡り調査のご連絡

2. GTOLへ接続 (マニュアル4.3.2 p.33-35)

VPNへ接続。GTOLにサインイン (利用者ID/PW必要)

3. 遡り調査票ダウンロード・編集 (マニュアル4.3.4 p.36-46)

- ・遡り調査対象の電子届出票をダウンロード

遡り調査票ファイルを作成開始・完了すると、次の件名のメールが届く

✉件名：【がん登録オンラインシステム (GTOL) 】遡り調査ファイル作成完了のお知らせ

- ・遡り調査票ファイルをダウンロードし、ファイルへ届出内容を入力

ファイル名は
変更しない!!

GTOL 遡り調査 4～5

4. 遡り調査票ファイルのアップロード（マニュアル 4.3.5 p.47-50）

- 作成した電子届出票ファイルをアップロードし愛知県がん登録室へ提出
→ 次の件名のメールが届く

✉件名：【がん登録オンラインシステム（GTOL）】

遡り調査票アップロード完了のお知らせ

必ず届出状況の
確認を
してください

5. 届出状況の確認（マニュアル 4.3.6 p.51-52）

- アップロード後、届出状況が「エラー」になっていないか必ず確認
- エラー対処法は マニュアルの
「4.1.6 エラー対応」および「4章付録 インポートエラー一覧」参照

遡り調査票ダウンロード・編集 3-1 4.3.4 p.36-46

GTOLへ接続、サインイン

- ① 「遡り調査票ファイルダウンロード」 クリック
- 「遡り調査票ファイルダウンロード」 画面表示
 - ② **出力するファイル形式選択 (PDF/CSV)**
 - ③ 「パスワード」 設定
 - ④ 「遡り調査票ファイル作成開始」 クリック
 - ⑤ 「遡り調査票ファイル作成」 画面表示
→[ページを戻る] クリック

※ 作成完了のお知らせが届きます。

✉件名：【がん登録オンラインシステム (GTOL) 】
遡り調査ファイル作成完了のお知らせ

一旦サインアウトしてお待ちください。



遡り調査票 ダウンロード・編集 3-3 4.3.4 p.36-46

- ⑨ 回答内容を入力
＜PDF形式＞
 - ・ 申出書（1頁）は[届出票]が選択された状態
 - ・ 遡り調査票（2-11頁）へ直接回答入力＜CSV形式＞
 - ・ 申出書（1頁）は[CSVファイル添付]が選択された状態
 - ・ CSVファイルに入力（マニュアル4章 表4-15参照）
- ⑩ 届出申出書「確定」ボタンを クリック

「確定」ボタンをクリックしないと
エラーとなり届出完了できません

発行日付
有効期限 2023年xx月xx日

<<チェックが完了していません>>
右下の「確定」ボタンを押してください

全国がん登録 遡り調査 届出申出書

届出種別 届出票 CSVファイル添付

遡り調査票ファイルの使い方

「届出種別」は遡り調査票ダウンロード画面にて選択したファイル形式が選択されています。変更する場合は、遡り調査票ダウンロード画面より再度ダウンロードを実施願います。

届出申出書

1. 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
2. 1ファイル内に最大10件の調査票が添付されます。
3. 遡り調査票の左上にチェックが付いている調査票に情報を入力してください

「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

CSVファイル添付

1. 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
2. 遡り調査票CSVファイルを添付してください
3. 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

病院・管理者情報を入力してください

都道府県	病院等の名称	表示順	A病院
病院等の所在地			
管理者氏名			

10

確定

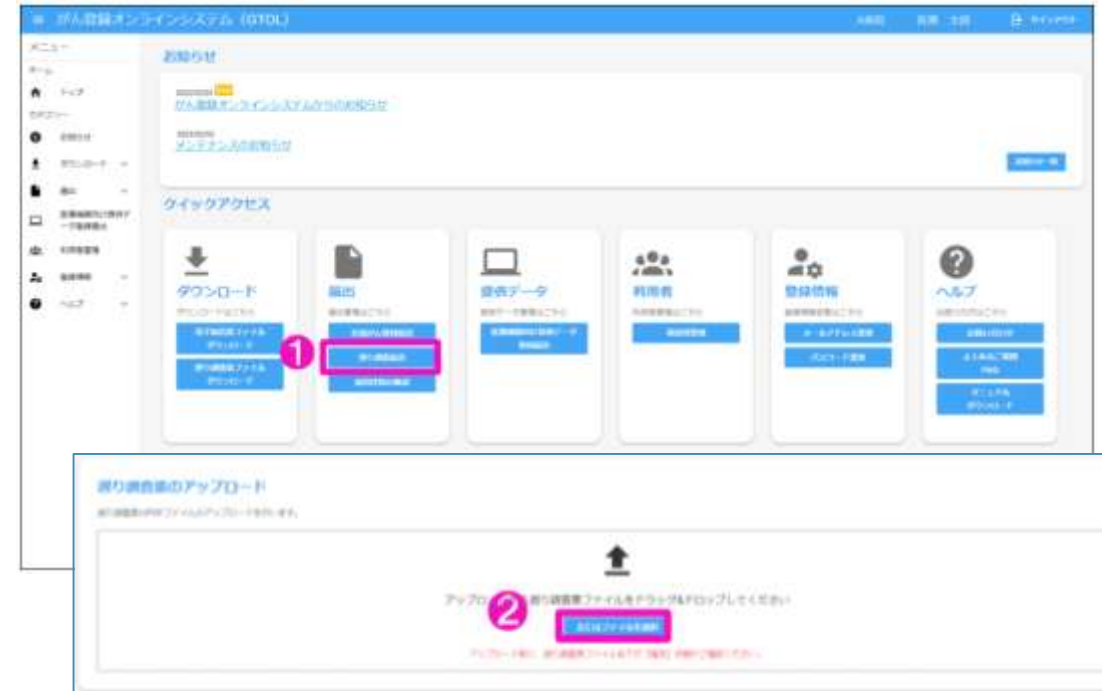
遡り調査票ファイル アップロード 4 4.3.5 p.47-50

- ① 「遡り調査票届出」ボタン クリック
→ 「遡り調査票届出」画面 表示
- ② 「またはファイルを選択」 クリック
- ③ ファイルをアップロード
 - ・ドラッグ&ドロップ
 - ・ファイル選択

(※ファイル名変更は絶対にしない!!)

「遡り調査票のアップロード」画面 表示

- ④ 「アップロード」クリック
- ⑤ 「ページを戻る」クリック

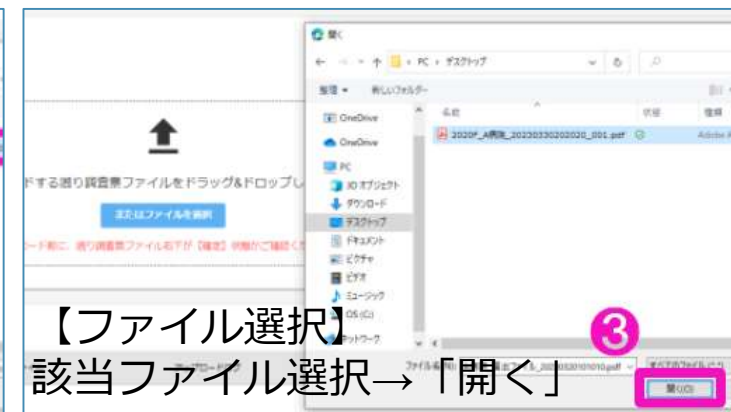


※ 作成完了のお知らせが届きます。

✉件名：【がん登録オンラインシステム(GTOL)】
遡り調査ファイルのアップロード完了のお知らせ



【ドラッグ&ドロップ】



【ファイル選択】
該当ファイル選択→「開く」

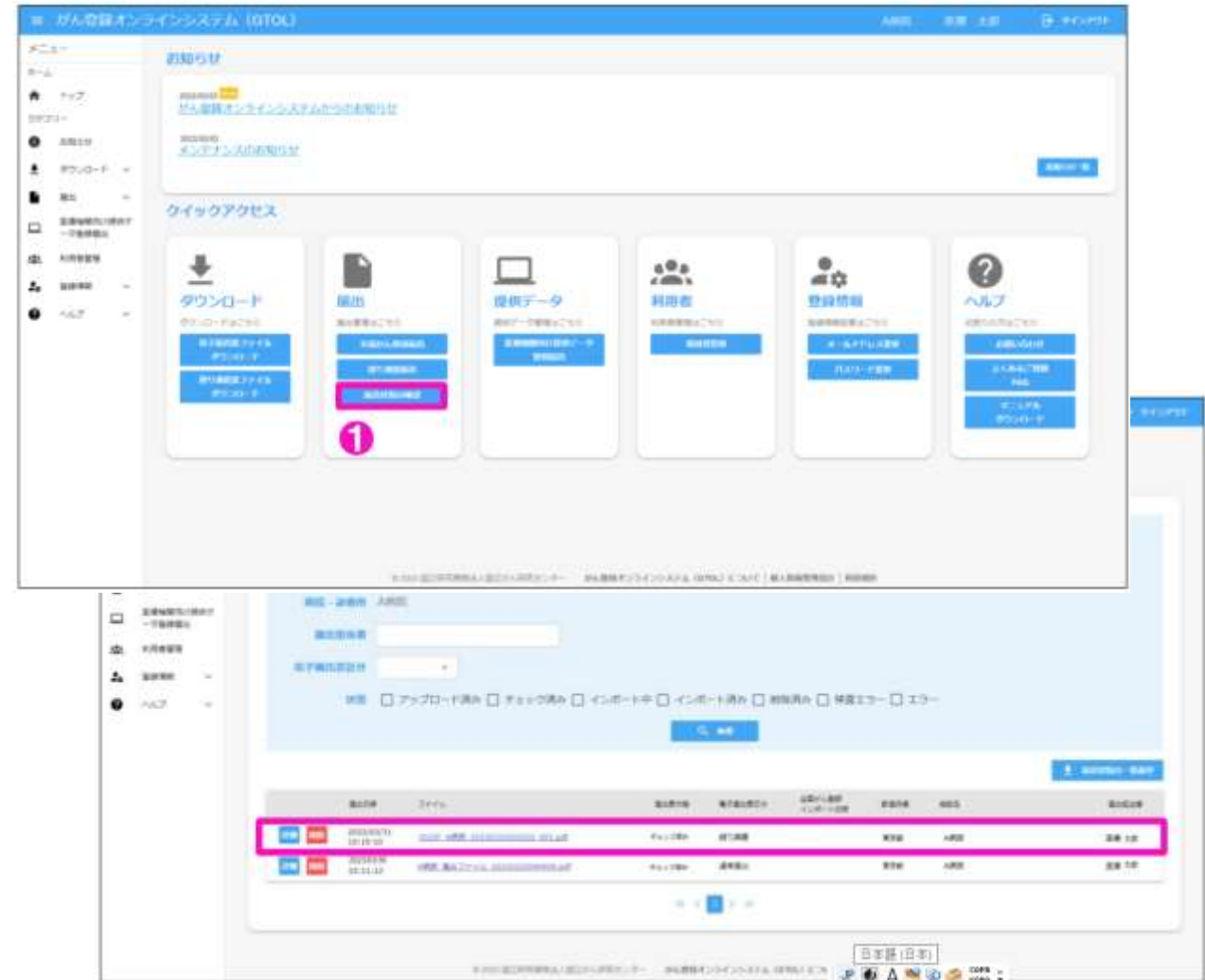
遡り調査票 届出状況確認

4.3.6 p.51-52

- 「届出状況の確認」ボタン クリック
届出状況を確認。

【届出票状態】（GTOLマニュアル表4-18より抜粋）

- ・アップロード済み → サーバーチェック前
- ・チェック済み
- ・インポート中 → 提出完了
- ・インポート済み
- ・**エラー** → **未完了、該当箇所修正し再アップロードが必要**
GTOLマニュアル 4.1.6 エラー対応 参照



遡り調査票 (見本) 【PDF】

発行日付
有効期限 2016年11月24日

<<チェックが完了していません>>
右下の「確定」ボタンを押してください

全国がん登録 遡り調査 届出申出書

届出種別	<input checked="" type="checkbox"/> 届出票 <input type="checkbox"/> CSVファイル添付
------	--

遡り調査票ファイルの使い方

「届出種別」は遡り調査票ダウンロード画面にて選択したファイル形式が選択されています。変更する場合は、遡り調査票ダウンロード画面より再度ダウンロードを実施願います。

■届出票

- 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
- 1ファイル内へ最大10件の遡り調査票が有り、各種遡り調査票の左上にチェックが付いている遡り調査票に情報を入力してください
- 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

■CSVファイル添付

- 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
- 遡り調査票回答CSVファイルを添付してください
- 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

病院・管理者情報を入力してください

郵便番号	病院等の名称	東京都 ■子スト病院
病院等の所在地		
管理者氏名		

確定

0000000001

① 全国がん登録遡り調査票

死亡診断書のがんについて		1 通常回答
① 病院等の名称		13009_東京都_病院
② 診療科目		1 2 3 4 5 (全半角16文字)
③ カナ氏名	シ	コクリツ (全半角10文字) メイ タロウ (全半角10文字)
④ 氏名	氏	国立 (全半角10文字) 名 太郎 (全半角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 1990 年 5 月 31 日
⑦ 診断時住所		都道府県選択 東京都 (全半角40文字) 市区町村以下 中央区築地
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	大分類 <死亡票に記載の通り変更なし> 詳細分類 <死亡票に記載の通り変更なし>
診断情報	⑩ 病理診断	組織型・性状 <死亡票に記載の通り変更なし>
	⑪ 診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断
進行度	⑫ 治療開始	<input type="checkbox"/> 1. 当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. 当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、当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、当施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他
	⑬ 診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発部の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移部の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 腫瘍診 <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
初回治療	⑭ 発見経緯	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日 <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. 自覚症状 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明
	⑮ 治療	<input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 頸域リンパ節転移 <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
その他治療	⑯ 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. 頸域リンパ節転移 <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
	⑰ 外科的	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑱ 放射線療法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑲ 化学療法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設で施行 <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 checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑲ その他治療	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 当施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
⑳ 死亡日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2018 年 1 月 2 日	
備考	死亡票に記載の原発部位：脳、脊髄、脳神経その他の中枢神経系/大脳 死亡票に記載の病理診断：良性腫瘍	

(全半角128文字)

電子遡り調査票（PDF）回答

ダウンロード時の回答形式選択に合わせて、が固定されていて、ここでは変更不可。

届出種別	<input checked="" type="checkbox"/> 届出票	<input type="checkbox"/> CSVファイル添付
------	---	------------------------------------

遡り調査票ファイルの使い方

「届出種別」は遡り調査票ダウンロード画面にて選択したファイル形式が選択されています。変更する場合は、遡り調査票ダウンロード画面より再度ダウンロードを実施願います。

■届出票

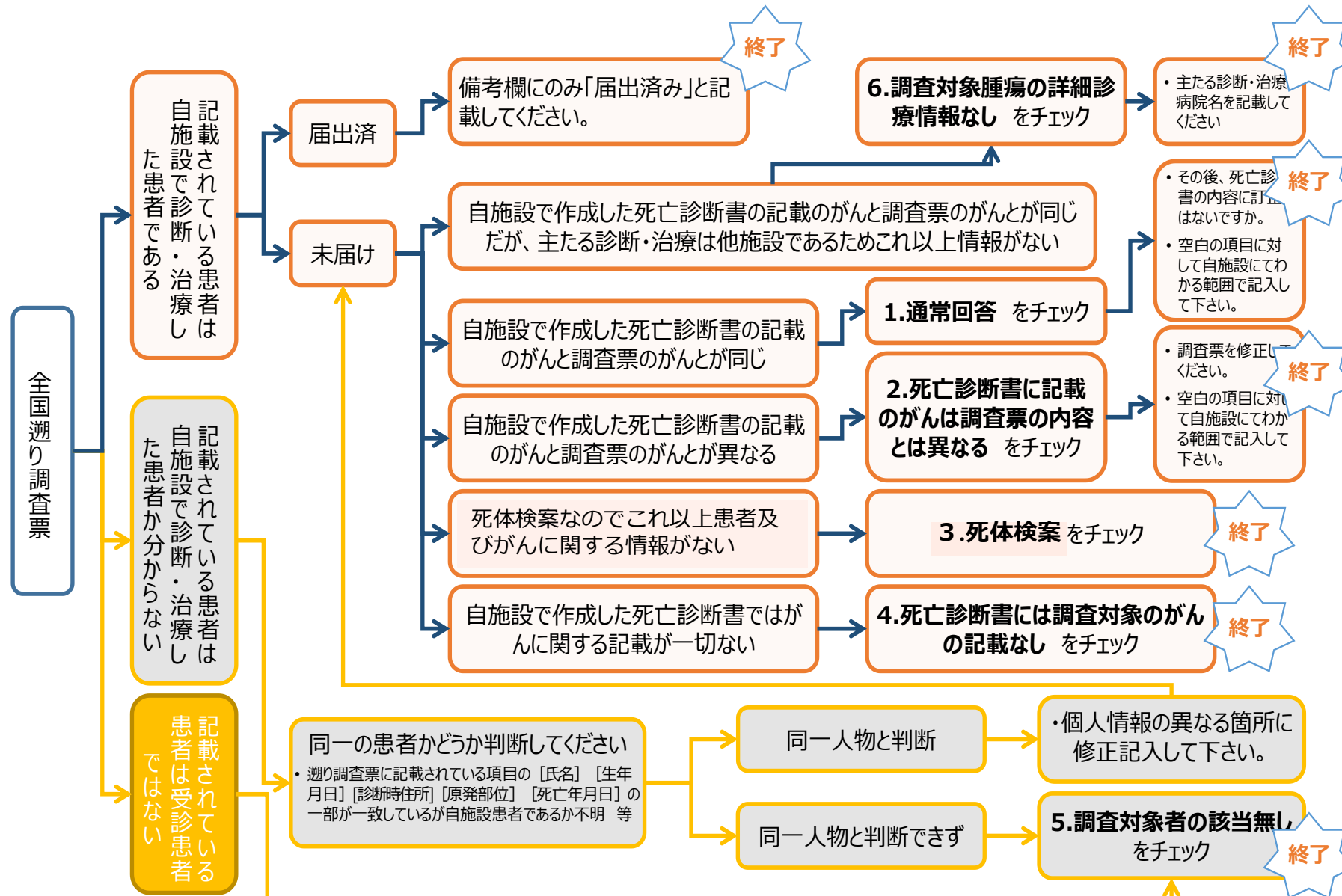
1. 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
2. 1ファイル内に最大10件の調査票が有ります。
各調査票の左上にチェックが付いている調査票に情報を入力してください
3. 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

■CSVファイル添付

1. 届出申出書に病院等の所在地・管理者氏名を入力してください
2. 遡り調査回答CSVファイルを添付してください
3. 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

10件を超える場合には複数のPDFファイルが作成される。

死亡診断書のがんについて 記載方法 フローチャート



死亡診断書のがんについて 区分「1」

調査票に記載されたがんの診断をしたが、届出が漏れていた場合

⇒ 『1. 通常回答』 を選択

全国がん登録遡り調査票		複製禁止	0F00000000
死亡診断書に記載のがんに関する情報の追加・修正届出		F000-000000-0	<input type="radio"/> 事務局使用欄 <input type="checkbox"/> 7.既登録等
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.死体検案	<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： _____)		

すべての詳細情報を記入すること。
回答の方法は通常の届出票と同じ。

※ 調査票の情報が**より詳細に「修正」**される場合、「1」で回答する。

例1： 肺、NOS (C349) → 肺上葉 (C341)

例2： 新生物、悪性 (800039) → 腺癌、NOS (814039)

死亡診断書のがんについて 区分「2」

- 当該患者のがんの診断をしたが、調査票の原発部位・病理診断等が異なる
⇒ 『2. 死亡診断書に記載のがんは調査票の内容とは異なる』を選択。

全国がん登録遡り調査票		複製禁止	0F00000000
死亡診断書に記載のがんに関する情報の追加・修正届出		F000-000000-0	事務局使用権 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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.死体検案	<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：)		
腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 1.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 肝	※コード（事務局使用）
	⑩病理診断	新生物、悪性 肝細胞癌	※コード（事務局使用）

印字されたところを線で消し修正、すべての詳細情報を記入。

例3： 腎、NOS（C649） → 胃、NOS（C169）

例4： 扁平上皮癌、NOS（800039） → 腺癌、NOS（814039）

死亡診断書のがんについて 区分「3～6」

- 死体検案を行ったのみで、がん診療詳細情報がない場合。
⇒ 『**3. 死体検案**』を選択。
- 死亡診断書にがんの記載自体がない、がんの疑いだった場合
⇒ 『**4. 死亡診断書には調査対象のがんの記載なし**』を選択。
- 自施設に調査対象者が存在しない場合
⇒ 『**5. 調査対象者の該当無し**』を選択。
※ 外国籍の人の場合、日本名で登録され名前が異なっていることがあるので注意。日本名が分かった場合は備考欄へ記載。
- 死亡診断書を作成し、がんの名称を記入をしたが、診断・治療病院ではないため情報がない場合。
⇒ 『**6. 調査対象腫瘍の詳細診療情報なし**』を選択。

電子遡り調査票 (PDF) 回答入力例 1-1

☑ 全国がん登録遡り調査票①

「死亡診断書のがんについて」の区分を選択し、必要な項目を記入

死亡診断書のがんについて	1 通常回答		
①病院等の名称	13009 東京都 病院		
②診療録番号	1 2 3 4 5 (全半角16文字)		
③カナ氏名	シ コクリツ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)	
④氏名	氏 国立 (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 1990 年 5 月 31 日		
⑦側性	<input type="checkbox"/> 0. 右 <input type="checkbox"/> 1. 左 <input type="checkbox"/> 2. 両側 <input type="checkbox"/> 3. 側性なし <input type="checkbox"/> 4. 不明		
腫瘍の種類	⑧原発部位	大分類	<死亡票に記載の通り変更なし>
	⑩病理診断	詳細分類	<死亡票に記載の通り変更なし> C71.0
		組織型・性状	<死亡票に記載の通り変更なし> 8000/0
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、他施設で紹介またはそのほかの施設で初回治療を開始 <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終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診	
	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	

死亡者情報票の原死因以上の情報がなければ、そのまま。

死亡者情報票の原死因に付された ICD-O コードが表示される。

左側のプルダウンメニューで選択した腫瘍に対して ICD-O コードが自動付与される。

氏名、性別、生年月日、診断時住所 (基本情報) に修正があれば、**上書き**してください。

病理診断は、大分類→詳細分類の順で選択。
(詳細分類のみの選択不可)

電子逆り調査票 (PDF) 回答入力例 1-2

情報	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 type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日
進行度	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
	⑯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
	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	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"/> 9. 施行の有無不明
	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
備考	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 checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text" value="2018"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月
	備考	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 削除しない!! 死亡票に記載の原発部位：脳、脊髄、脳神経その他 死亡票に記載の病理診断：良性腫瘍 ○○病院で治療後、来院。 </div>

⑫治療施設が、1, 4
⇒⑰「660.手術なし」

⑯⑰「777.該当せず」
血液のがんにのみ使用

⑫治療施設が、1, 4, 8
⇒⑱～㉕すべて「なし」

死亡者情報票の原死因に付された原発部位及び病理診断のテキストが表示されます。
※ 備考に追記する場合、
入力されているテキスト部分を消さず、その後に続けて入力してください

(全半角128文字)

電子遡り調査票 (PDF) 回答入力例 2

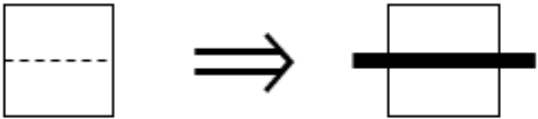
「死亡診断書のがんについて」の区分で、1、2以外を選択することで、②以降、記入欄がすべてグレイアウトされる

☑ 全国がん登録遡り調査票②

OF00621408

死亡診断書のがんについて		6 調査対象腫瘍の詳細診療情報なし			
①病院等の名称		東京都 ■テスト病院			
②診療録番号		[グレイアウト] (全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	[グレイアウト] (全角カナ10文字)	メイ	[グレイアウト] (全角カナ10文字)
④氏名		氏	日和崎 (全角10文字)	名	一志 (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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 1953 年 3 月 6 日			
⑦診断時住所		都道府県選択	東京都 (全半角40文字)		
		市区町村以下	中野区東中野2丁目		
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	大分類	<死亡者情報票の記載のとおり>		
		詳細分類	<死亡者情報票の記載のとおり>		
⑩病理診断	組織型・性状	<死亡者情報票の記載のとおり>			9530/3
診断情報	⑪診断施設		<input 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 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 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		

遡り調査の記載方法（OCR）

- 回答は、お送りした**原本を返送**してください。
 - 筆記用具は**太い黒のペン**が読み取りが良い。
（鉛筆、フリクションペン等、消える可能性のあるものは使用不可）
 - チェックの仕方（突き抜けてかまわない） 
 - 間違えたときは修正ペン使用、もしくは二重線で消し余白に正しい回答記載。
- ※ 調査票には個人情報が含まれます。安全管理を徹底してください。

OCR読み取り調査票での回答記入例

全国がん登録読み取り調査票

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 checked="" 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 3 3 4 3	
③カナ氏名	アイチ ハナコ	
④氏名	氏 愛知 名 花子 華子	
⑤性別	女	⑥生年月日 1945/5/8
⑦診断時住所	名古屋千種区鹿子殿 中区三の丸1-1	
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	乳房上外側1/4の1 内側
	⑩病理診断	浸潤性導管癌, NOS (C50._)
⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1.自施設診断 <input type="checkbox"/> 2.他施設診断	

側性に注意!

氏名、性別、生年月日、診断時住所（基本情報）に修正があれば、訂正記入してください。

間違っていたら訂正

コードは登録室で記入します

☆ 自施設で初回治療を行った場合

診断情報	⑩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		
	⑪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		
	⑫診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 2 0 1 8 年 0 8 月 1 3 日		
進行度	⑬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 <input type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明		
	⑭進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 4 0 0. 上皮内 <input type="checkbox"/> 4 1 0. 限局 <input type="checkbox"/> 4 2 0. 領域リンパ節転移 <input checked="" type="checkbox"/> 4 3 0. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 4 4 0. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 7 7 7. 該当せず <input type="checkbox"/> 4 9 9. 不明		
初回治療	⑯進展後・後術病理学的	<input type="checkbox"/> 4 0 0. 上皮内 <input type="checkbox"/> 4 1 0. 限局 <input type="checkbox"/> 4 2 0. 領域リンパ節転移 <input checked="" type="checkbox"/> 4 3 0. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 4 4 0. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 6 6 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		
	⑰観血的治療の範囲	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	
	⑲放射線療法	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化学療法	<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	
	㉒その他の治療	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 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その他の治療	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		
⑳死亡日	2021/6/15		備考 ○○病院で診断	

「8：その他」は
 死体解剖で初めて診断された場合のみ
 判断に迷う場合は備考欄に経緯を記載

- ・ 自施設診断ならば「がん」と診断した日。
- ・ 他施設診断ならば、自施設初回受診（来院）日

☆ 自施設で初回治療を行わなかった場合
 (⑫治療施設が「1」もしくは「4」の場合)

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 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				
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	2018年08月13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		
⑯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 checked="" 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		
⑰治療後	<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	
初回治療	⑰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	
	⑱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
	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	2021/6/15		備考	△△病院で治療、当院で緩和ケア	

⑫治療施設が、1, 4
 ⇒⑰「660.手術なし」

⑯⑰「777.該当せず」
 血液のがんにのみ使用

⑫治療施設が、1, 4, 8
 ⇒⑱～㉕すべて「なし」

よくある質問 ～遡り調査～

- **遡り調査票は1枚しか届いていないが、その症例が多重がんであった場合どうすればよいか？**
 - ・ 記載されていない腫瘍は、新規に届け出て下さい。
- **性別、生年月日、原発部位は一致するが、氏名や住所が異なる場合はどうするか**
 - ・ 遡り調査票には、死亡票より得られた情報を印字しており、氏名や住所が異なる場合は、結婚などで「改姓」や「外国人国籍」、「転居」などの可能性が考えられます。
 - ・ 貴院で同一人物であるか否かを確認・判断していただき、同一の方であれば貴院で把握されている氏名や住所を（ ）書きで氏名欄又は診断時住所欄に記入して下さい。
- **他施設に問い合わせる等して、すべて記入しなければいけないか**
 - ・ 貴院でわかる範囲で全て記入して下さい。
- **がんの既往はあるが、自院では診断・治療を行っていない。遡り調査票を届出しなければならぬか？**
 - ・ 主たる診断・治療をした病院がわかればご記入の上、届出して下さい。
 - ・ わからなければ「6」にチェックを入れるだけで結構です。