

オンライン遡り調査簡易フロー

2018/10/15

◆使用マニュアル（病院向け）

第4章：全国がん登録届出

<https://ganjoho.jp/reg_stat/can_reg/national/hospital/e-rep/online.html>

1. 通知の受領（マニュアル 4.3.2 p29）

遡り調査依頼のメールが届きます。

件名：【全国がん登録届出サービス】遡り調査のご連絡

2. 遡り調査票のダウンロード(マニュアル 4.3.3-4.3.4 p30-42)

全国がん登録届出サービスへアクセスします。ダウンロードカテゴリにある、『遡り調査票ファイルダウンロード』から、貴施設の調査対象が印字された遡り調査票をダウンロードできます。

3. 遡り調査票の回答作成

遡り調査票の回答作成をお願いします。

※記載に関する不明点につきましては、各都道府県がん登録室へお問合せ下さい。

4. 遡り調査票のアップロード（マニュアル 4.3.5 p43-45）

全国がん登録届出サービスへアクセスし、届出カテゴリにある、『遡り調査票届出』から調査票をアップロードします。

5. 届出状況の確認（マニュアル 4.3.6 p46-47）

全国がん登録届出サービスへアクセスし、届出カテゴリにある、『届出状況の確認』からアップロードした遡り調査票が正常にインポートされているか確認下さい。

正常にインポートが完了した場合は、以下のメールが届きます。

件名：【全国がん登録届出サービス】遡り調査票ファイルの届出完了のお知らせ
エラーがある場合は、エラーを修正のうえ再度アップロードをお願いします。

以上で遡り調査の対応は完了となります。

がん登録オンラインシステムによる遡り調査回答に関する不明点につきましては、以下の何れかへお問い合わせください。

- ・がん登録オンラインシステム専用問い合わせフォーム

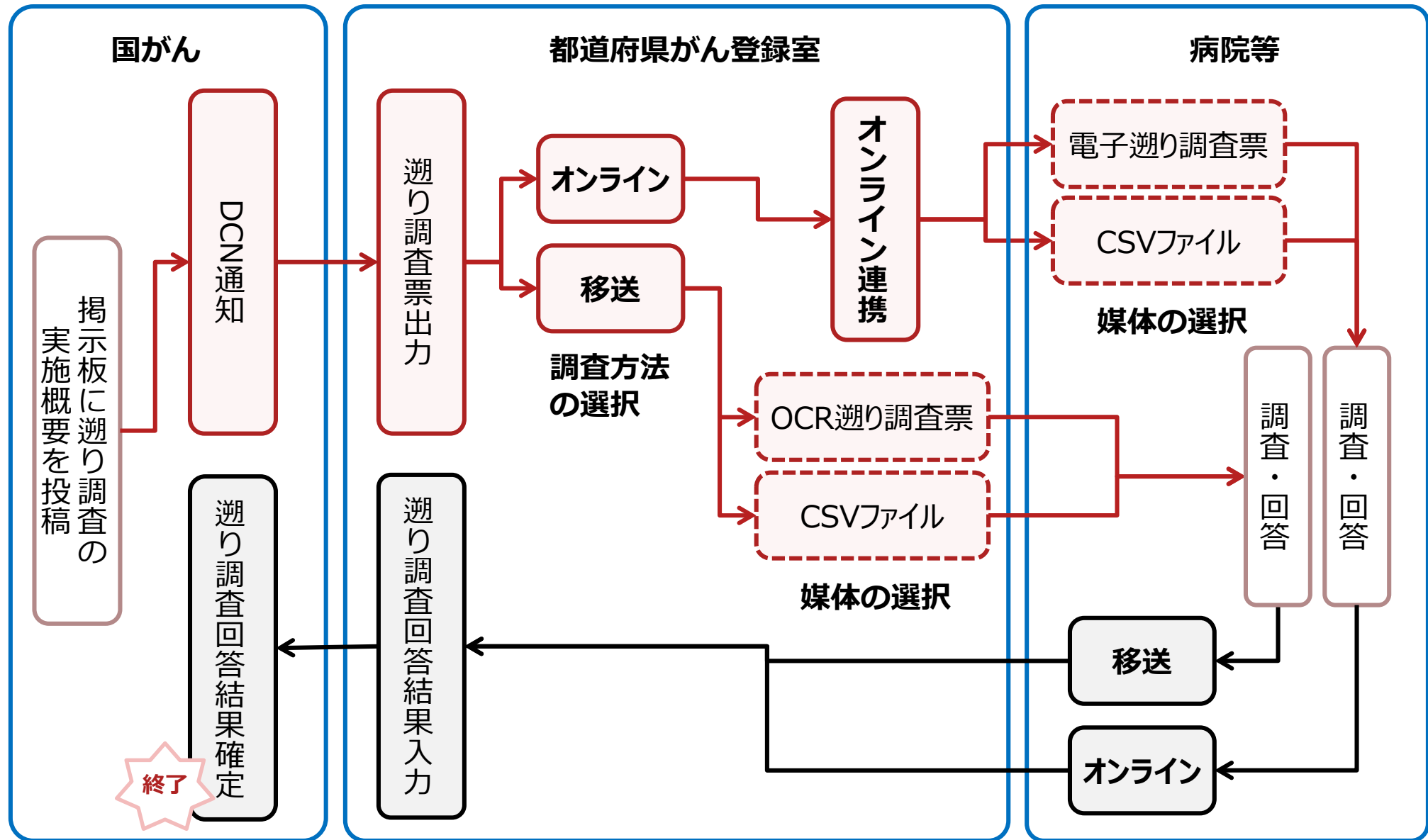
https://mio.ccr.ncc.go.jp/ikss/advice/cancer_questions

- ・コールセンター（平日 9時から 17時受付、土日祝日、年末年始を除く）

TEL：03-3545-1511

以上

新機能に基づいた遡り調査フローチャート



オンライン遡り調査のポイント

■ 医療機関での作業（医療機関用 操作手順書4章「全国がん登録への届出 4.3」）

1. 「遡り調査のご連絡」メールを受け、全国がん登録届出サービスに接続する
2. 回答形式として、電子遡り調査票（PDF）か、CSVファイル※かを選択し、遡り調査票のダウンロード指示をし、ファイルの作成をする
3. 「遡り調査票ファイル作成完了のお知らせ」メールを受け、遡り調査票ファイルのダウンロードをする
4. CSVファイルを選択した場合にはファイルの取り出し
5. 診療情報の調査及び回答
6. 全国がん登録届出サービスを利用して遡り調査票のアップロード

※遡り調査回答用CSVファイルによる回答は、操作手順書に記載されたファイル形式要件を満たさない場合、アップロードエラーになりますので注意してください。

死亡者新規がん情報に関する通知に基づく届出 電子遡り調査票（PDF）での回答

発行日付
有効期限 2018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
 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件の調査票があります。
 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	東京都 ■テスト病院
病院等の所在地		
管理者氏名		

確定

OF00621408

全国がん登録遡り調査票②

死亡診断書のがんについて	1 通常回答	
①病院等の名称	東京都 ■テスト病院	
②診療録番号	[全半角16文字]	
③カナ氏名	シ [全角カナ10文字]	メイ [全角カナ10文字]
④氏名	氏 東京 [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. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 1970 年 1 月 1 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●丁目●番●	
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> C70.9
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	①診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input 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 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
	③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
	④診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成 [] 年 [] 月 [] 日
進行度	⑤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 type="checkbox"/> 9. 不明
	⑥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 type="checkbox"/> 499. 不明
	⑦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 type="checkbox"/> 499. 不明
初回治療	⑧外科的	<input 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鏡視下	<input 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
	⑩内視鏡的	<input 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
	⑪観血的治療の範囲	<input 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
	⑫放射線療法	<input 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
	⑬化学療法	<input 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	⑭内分泌療法	<input 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
	⑮その他治療	<input 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死亡日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成 2015 年 6 月 12 日	
備考	死亡票に記載の原発部位：髄膜, NOS 死亡票に記載の病理診断：髄膜腫, 悪性 (C70..)	

[全半角128文字]

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。

電子遡り調査票（PDF）での回答 入力例

「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

✓ 全国がん登録遡り調査票①

死亡診断書のがんについて	1 通常回答		
①病院等の名称	東京都 ■テスト病院		
②診療録番号	[] (全半角16文字)		
③カナ氏名	シ [] (全角カナ10文字)	メイ [] (全角カナ10文字)	
④氏名	氏 畠山 [] (全角10文字)	名 雛子 [] (全角10文字)	
⑤性別	<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 女性		
	<input type="checkbox"/> 1. 明治 <input type="checkbox"/> 2. 大正 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 平成 <input type="text" value="1961"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="2"/> 日		
	[] (全半角)		
	3-4-1		
	<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		
腫瘍の種類	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> C71.0
	⑩病理診断	組織型・性状	<死亡者情報票の記載のとおり> 9121/0
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	

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。

電子遡り調査票 (PDF) での回答 入力例

		⑭ 診断日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成	<input type="text" value=""/>	年	<input type="text" value=""/>	月	<input type="text" value=""/>	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 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 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 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 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 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 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. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input type="checkbox"/> 6. 観血						
	その他治療	㉒ 放射線療法	<input 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						
		㉓ 化学療法	<input 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						
㉔ 内分泌療法		<input 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							
㉕ その他治療		<input 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							
		⑳ 死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 平成	<input type="text" value="28"/>	年	<input type="text" value="9"/>	月	<input type="text" value="1"/>	日
備考		死亡票に記載の原発部位：大脳 死亡票に記載の病理診断：海綿状血管腫 いるかクリニックにて診断治療							
		(全半角128文字)							

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る。消去してしまっても遡り調査に支障はないが、後に参照する可能性を考えて、追記する項目がある場合には、そのあとに続けて入力を推奨。

電子遡り調査票（PDF）での回答 入力例

「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		[] (全半角16文字)			
③カナ氏名		シ [] (全角カナ10文字)	メイ [] (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		

電子遡り調査票（PDF）からの遡り調査回答用CSVファイルの取り出し方

ダウンロード時のファイル形式及び回答アップロード時のファイル形式要件は、医療機関用 操作手順書4章「全国がん登録への届出4.3」を参照してください。

