



調査票 D 大腸がん検診で発見した大腸癌患者の個票

注意) 本票は他施設より情報回収する際の書式です。実際のデータ提出には使用できません。
データ提出は本学会ホームページの「全国集計 Web システム」よりお願いいたします。
・個票の調査内容については、大腸癌取り扱い規約 9 版 (2018 年 7 月) に則っています。
・**個票の取り扱いには、十分ご注意ください、ご配慮ください。**

大腸がん検診実施機関名：

1) 患者

a) 性 別： ☐ 男性 ☐ 女性

b) 発見時年齢： 歳 ※システムへの転記の際は、5 歳刻みでの年齢入力になります。

2) 検診

a) 対 象： ☐ 地域 ☐ 職域 ☐ その他

b) 検診方法： ☐ 便潜血検査 ☐ 便潜血検査 + 問診 ☐ 直接法

c) 検便回数： ☐ 一日法 ☐ 二日法

d) 実施年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

e) 検診受診歴： ☐ なし (初回受診※) ☐ 1 年前受診 ☐ 2 年前受診 ☐ 3 年前受診 ☐ 不明

※初回受診とは過去 3 年間に受診歴がない場合のことです。(自機関のみ)

f) 過去 3 年間の、検診での便潜血検査受診回数： ☐ 0 回 ☐ 1 回 ☐ 2 回 ☐ 3 回 ☐ 不明

※検診受診歴がなしの場合には 0 回を選択する。

g) 大腸検査受診歴： ☐ なし (初回受診※) ☐ 0~1 年前受診 ☐ 1~2 年前受診 ☐ 2~3 年前受診 ☐ 不明

※がん検診以外の機会に、大腸検査 (内視鏡や X 線検査) を受けた場合のことです。

h) 大腸がんの既往歴： ☐ なし ☐ あり ☐ 不明

i) 大腸ポリープの既往歴： ☐ なし ☐ あり ☐ 不明

j) 大腸ポリープ切除の既往歴： ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ※大腸ポリープの既往歴がなしの場合には「なし」を選択する。

※以下の項目は多発病変の場合でも主病変のみ記載してください。

3) 病巣部位

☐ 肛門管 (P) ☐ 上部直腸 (Ra) ☐ 下部直腸 (Rb) ☐ 直腸 S 状部 (RS) ☐ S 状結腸 (S)
☐ 下行結腸 (D) ☐ 横行結腸 (T) ☐ 上行結腸 (A) ☐ 盲腸 (C) ☐ 虫垂 (V)

※2 つの部位にまたがる場合は、主な部位を選択してください。

4) 肉眼分類

a) 基本分類： ☐ 0 型 (表在型) ☐ 1 型 ☐ 2 型 ☐ 3 型 ☐ 4 型 ☐ 5 型

b) 0 型 (表在型) の肉眼分類： ※0 型を選択した場合のみ記載してください

☐ lp ☐ lsp ☐ ls ☐ lla ☐ lla + llc ☐ llb ☐ llc ☐ その他の組み合わせ

5) 臨床分類

※接頭辞 c

a) 組織分類： ☐ pap ☐ tub1 ☐ tub2 ☐ por ☐ muc ☐ sig ☐ その他 ☐ 不明

b) 深達度 (cT)： ☐ TX ☐ Tis ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4a ☐ T4b

c) リンパ節転移 (cN)： ☐ NX ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3

d) 遠隔転移 (cM)： ☐ MX ☐ M0 ☐ M1

e) 進行度分類 (臨床分類) cStage 分類： ☐ 0 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIc ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IIIc ☐ IVa ☐ IVb ☐ IVc ☐ 不明

6) 治療方法

a) 治療機関名：

b) 手術 (治療) 年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

c) 治療方法： ☐ 内視鏡治療 ☐ 外科手術 (通常の開腹術) ☐ 腹腔鏡下手術 (含：ロボット支援下手術)

☐ 薬物療法 (化学療法、分子標的療法、免疫療法など) ☐ 放射線療法 ☐ 放射線化学療法

☐ 無治療 ☐ その他 ☐ 不明

※治療方法が複数の場合には主な治療法を 1 つ選択してください。

※内視鏡治療後に外科手術を行った場合には外科手術を選択してください。

d) 内視鏡治療の種類： ※c) で「内視鏡治療」を選択した場合のみ

☐ ポリペクトミー ☐ 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) ☐ 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) ☐ その他 ☐ 不明

e) 手術の種類： ※c) で「外科手術」「腹腔鏡下手術」を選択した場合のみ

☐ 結腸切除術 ☐ 直腸切除 (肛門温存) ☐ 直腸切断 (人工肛門造設) ☐ その他 ☐ 不明

7) 病理所見

※接頭辞 p

a) 病巣の数： ☐ 単発 ☐ 2 個 ☐ 3 個 ☐ 4 個以上 ☐ 不明

b) 大きさ (mm 単位)： 最大径 _____ mm

c) 環周度： ☐ 1/3 以下 ☐ 1/2 以下 ☐ 3/4 以下 ☐ 3/4 以上 ☐ 全周

d) 組織分類： ☐ pap ☐ tub1 ☐ tub2 ☐ por ☐ muc ☐ sig ☐ その他 ☐ 不明

e) 深達度 (pT)： ☐ TX ☐ Tis ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4a ☐ T4b

f) リンパ節転移 (pN)： ☐ NX ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3

※内視鏡治療では N0 を選択してください。

g) 遠隔転移 (M)： ☐ MX ☐ M0 ☐ M1

※内視鏡治療では「M0」を選択してください

※組織学的評価が不能な場合でも、臨床所見または術中所見により判定できる場合は、その所見に応じて選択してください。

h) 肝転移 (H)： ☐ HX ☐ H0 ☐ H1 ☐ H2 ☐ H3

※内視鏡治療では「H0」を選択してください。

※組織学的評価が不能な場合でも、臨床所見または術中所見により判定できる場合は、その所見に応じて選択してください。

i) 腹膜転移 (P)： ☐ PX ☐ P0 ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3

※内視鏡治療では「P0」を選択してください。

※組織学的評価が不能な場合でも、臨床所見または術中所見により判定できる場合は、その所見に応じて選択してください。

j) 肺転移： ☐ PULX ☐ PUL0 ☐ PUL1 ☐ PUL2

※内視鏡治療では「PUL0」を選択してください。

※組織学的評価が不能な場合でも、臨床所見または術中所見により判定できる場合は、その所見に応じて選択してください。

k) 進行度分類 (病理分類)： ☐ 0 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIc ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IIIc ☐ IVa ☐ IVb ☐ IVc ☐ 不明

pStage 分類

l) 腫瘍の遺残 (R)： ※「外科手術」「腹腔鏡下手術」を選択した場合のみ

☐ RX ☐ R0 ☐ R1 ☐ R2

【参考】

進行度分類（Stage）

遠隔転移		M0				M1		
リンパ節転移		N0	N1 (N1a/N1b)	N2a	N2b・ N3	M1a	M1b	M1c
						N に関係なく		
壁深達度	Tis	0						
	T1a・T1b	Ⅰ	Ⅲa			Ⅳa	Ⅳb	Ⅳc
	T2			Ⅲb				
	T3	Ⅱa						
	T4a	Ⅱb		Ⅲc				
	T4b	Ⅱc						

出典／「大腸癌取扱い規約」第9版