

## National Clinical Database : Case Report Form 記入の手引き 食道癌登録 (2013年症例向け)

### 注意事項

このCase Report Form (以下、CRF) は、National Clinical Database (以下、NCD) への症例登録にあたっての補助資料です。各項目の定義については本CRFをご参照ください。

本CRFはあくまでも補助資料のため、最終的な症例登録はWeb経由で行ってください。

本CRFをNCDに送付いただいても、症例登録とみなすことはできません。あらかじめご了承ください。

本CRFは、以下のような場合にご活用ください。

### 記入に際してのルール

記入ルールは、以下の通りです。なお、○と□のアイコンについては、Web上も同じルールです。

○: 択一の項目です。該当するものを1つだけお選びください。

□: 複数選択の項目です。該当するもの全てをお選びください。

下線: テキスト文章の記入欄です。

項目名の網掛けが灰色部分: 必須項目です。

### 登録基準

施設にとっての初診食道癌(他施設で初回治療をしている症例を含む)に対する処置・診療を登録対象とする。

施設としての初診であれば、患者にとっての再発(過去他施設で治療経験あり)であっても登録対象とする。

(1)【初診日】が平成25年(2013年)1月1日から12月末日までの食道癌症例。

(2) 消化器外科領域との連携対象は、2013年症例～2019年症例 となる。

(2013年中に初診の症例が、2014年手術であっても、2013年食道癌登録の対象となる。)

※手術以外の症例(NCD登録なし)についての登録はデータ連携なしに新規に入力が必要。

### ステータスについて

新規症例登録が完了したら、保存・ステータス変更を行ってください。

・編集 中 > 完了(未承認) > 完了(承認済)

### フォローアップについて

初診症例に登録された下記の起算日に応じて、登録から5年以後の調査時点での最終生存確認日の予後を入力する。

1-1) 手術症例の場合(術前化学療法、術前CRT症例も含めて手術症例は最優先)【手術日】を起算日とする。

1-2) 内視鏡治療症例は【内視鏡施行日・初回】を起算日とする。

1-3) (化学)放射線療法症例の場合【放射線治療開始日】を起算日とする。

1-4) 化学療法(術前治療は除く)については【治療開始日】を起算日とする。

1-5) その他(上記以外の症例)は【初診日】を起算日とする。

フォローアップの保存・ステータス変更を行ってください。

・編集 中 > 完了(未承認) > 完了(承認済)

### お問い合わせ

ご不明な点、ご質問等がありましたら、NCDホームページお問い合わせフォームよりお問い合わせください。

(URL <http://www.ncd.or.jp/contact>)

お問い合わせの前にFAQもご参照ください。(URL <http://www.ncd.or.jp/faq>)

※メールでの一元管理を行っていますので、お電話でのお問い合わせは承っておりません。何卒ご了承ください。

また、お問い合わせの内容によっては、回答までにお時間を要する場合があります。

## National Clinical Database Case Report Form: 食道癌登録 (2013年症例向け)

### 患者情報

院内管理コード	_____	各施設診療科で決めて記入する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。20字まで。
患者生年月日	西暦 _____年__月__日	日付までの正しい情報が必要。
匿名化コード	_____	*匿名化コード入力ウィンドウで入力された、患者氏名(全角カナ入力)と生年月日より自動的に匿名化コードが作成されます。 個人情報はこの場で処理され、NCD側に出ることはありません。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
登録の拒否申請	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	登録拒否の申し出があった場合は「あり」とする。
拒否の受付日	(「あり」の場合は、以下に記入する。) 西暦 _____年__月__日	入力日から前後1年間までとする。

### 手術情報

登録施設分類 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 放射線科系 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他 _____	「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載。
初診日	西暦 _____年__月__日	日付までの正しい情報が必要。
診断確定日	西暦 _____年__月__日	
年齢(計算)	(自動計算)	【初診日・診断確定日】-【生年月日】より自動計算。
食道癌の治療の既往	<input type="radio"/> 他院治療なし(Primary case) <input type="radio"/> 他院治療あり(Nonprimary case) <input type="radio"/> 不明	
食道癌の治療の既往の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療 <input type="checkbox"/> その他 _____	【治療の既往】が「他院治療あり」の場合に記載。

### 診断

癌主占居部位	<input type="radio"/> Ce <input type="radio"/> Ut <input type="radio"/> Mt <input type="radio"/> Lt <input type="radio"/> Ae(EG) <input type="radio"/> E=G <input type="radio"/> GE <input type="radio"/> 不明	
腫瘍長径	_____ mm <input type="radio"/> 不明	下限値:0 上限値:300
病型分類	<input type="radio"/> 0-Ia型 <input type="radio"/> 0-Ip型 <input type="radio"/> 0-IIa型 <input type="radio"/> 0-IIb型 <input type="radio"/> 0-IIc型 <input type="radio"/> 0-III型 <input type="radio"/> 1型 <input type="radio"/> 2型 <input type="radio"/> 3型 <input type="radio"/> 4型 <input type="radio"/> 5a型 <input type="radio"/> 5b型 <input type="radio"/> 不明	
生検組織型	<input type="radio"/> 扁平上皮癌 <input type="radio"/> 高分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 中分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 低分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 類基底細胞癌 <input type="radio"/> 癌肉腫 <input type="radio"/> 腺癌 <input type="radio"/> Barrett腺癌 <input type="radio"/> 腺扁平上皮癌 <input type="radio"/> 粘表皮癌 <input type="radio"/> 腺様嚢胞癌 <input type="radio"/> 神経内分泌腫瘍 <input type="radio"/> NET G1 or G2 <input type="radio"/> 神経内分泌癌 <input type="radio"/> 未分化癌 <input type="radio"/> その他の上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> 非上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> GIST <input type="radio"/> 悪性黒色腫 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明	「高分化型扁平上皮癌」「中分化型扁平上皮癌」「低分化型扁平上皮癌」は非必須。 「NET G1 or G2」「神経内分泌癌」は必須。

### 重複癌

他臓器重複癌(複数選択)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 同時 <input type="checkbox"/> 異時(他癌先) <input type="checkbox"/> 異時(他癌後) <input type="radio"/> 不明	登録時点での情報を入力する。
同時重複癌臓器(複数選択)	<input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 造血器 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 不明	【他臓器重複癌(複数選択)】で「同時」の場合に選択。 「その他」の場合は自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力は非必須。



ycT 8th	OTX OT0 OTis OT1a OT1b OT2 OT3 OT4a OT4b																																																																																														
ycN 8th	(自動判定) NX、N0、N1、N2、N3 【ycN 8th 転移個数】の入力個数によって自動判定する。 NX =下記以外 N0 =【pN 8th個数】 0 N1 =【pN 8th個数】 1-2 N2 =【pN 8th個数】 3-6 N3 =【pN 8th個数】 7-																																																																																														
ycN 8th 転移個数	_____ 個 #104は含まれません。#101は含まれます。 下限値:0 上限値:99																																																																																														
ycM 8th	OM0 OM1																																																																																														
ycM1臓器(複数選択)	<input type="checkbox"/> PUL <input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/> BRA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> PLE <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> SKI <input type="checkbox"/> OTH <input type="checkbox"/> supraclavicular LN <input type="checkbox"/> abd paraaortic LN <input type="checkbox"/> other distant LN 【ycM 8th】が「M1」の場合に選択。																																																																																														
ycTNM Stage 8th (計算)	(自動計算) St0、StIA、StIB、StIIA、StIIB、StIIIA、StIIIB、StIIIC、StIV、不明、計算対象外 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">扁平上皮癌</th> <th colspan="5">転移【cN 8th】・【cM 8th】</th> </tr> <tr> <th>NO</th> <th>N1</th> <th>N2</th> <th>N3</th> <th>M1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T0/Tis</td> <td>St0</td> <td>不明</td> <td>不明</td> <td>不明</td> <td>不明</td> </tr> <tr> <td>T1a/T1b</td> <td>StI</td> <td>StII</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>StII</td> <td>StIII</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>StIII</td> <td>StIII</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T4a</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T4b</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腺癌</th> <th colspan="5">転移【cN 8th】・【cM 8th】</th> </tr> <tr> <th>NO</th> <th>N1</th> <th>N2</th> <th>N3</th> <th>M1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T0/Tis</td> <td>St0</td> <td>*不明</td> <td>*不明</td> <td>*不明</td> <td>*不明</td> </tr> <tr> <td>T1a/T1b</td> <td>StI</td> <td>StIIA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>StIIB</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>StIII</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T4a</td> <td>StIII</td> <td>StIII</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> <tr> <td>T4b</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVA</td> <td>StIVB</td> </tr> </tbody> </table> ※TX,NXが選択された場合は「x.不明」とする。	扁平上皮癌	転移【cN 8th】・【cM 8th】					NO	N1	N2	N3	M1	T0/Tis	St0	不明	不明	不明	不明	T1a/T1b	StI	StII	StIII	StIVA	StIVB	T2	StII	StIII	StIII	StIVA	StIVB	T3	StIII	StIII	StIII	StIVA	StIVB	T4a	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB	T4b	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB	腺癌	転移【cN 8th】・【cM 8th】					NO	N1	N2	N3	M1	T0/Tis	St0	*不明	*不明	*不明	*不明	T1a/T1b	StI	StIIA	StIVA	StIVA	StIVB	T2	StIIB	StIII	StIVA	StIVA	StIVB	T3	StIII	StIII	StIVA	StIVA	StIVB	T4a	StIII	StIII	StIVA	StIVA	StIVB	T4b	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB
扁平上皮癌	転移【cN 8th】・【cM 8th】																																																																																														
	NO	N1	N2	N3	M1																																																																																										
T0/Tis	St0	不明	不明	不明	不明																																																																																										
T1a/T1b	StI	StII	StIII	StIVA	StIVB																																																																																										
T2	StII	StIII	StIII	StIVA	StIVB																																																																																										
T3	StIII	StIII	StIII	StIVA	StIVB																																																																																										
T4a	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
T4b	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
腺癌	転移【cN 8th】・【cM 8th】																																																																																														
	NO	N1	N2	N3	M1																																																																																										
T0/Tis	St0	*不明	*不明	*不明	*不明																																																																																										
T1a/T1b	StI	StIIA	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
T2	StIIB	StIII	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
T3	StIII	StIII	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
T4a	StIII	StIII	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										
T4b	StIVA	StIVA	StIVA	StIVA	StIVB																																																																																										

治療欄

治療内容	○なし ○あり <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療 <input type="checkbox"/> その他 _____	「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。
化学・放射線・レーザー等治療の効果判定	○治療なし ○CR ○IR/SD ○PD ○判定不能 ○不明	

手術療法

手術療法	○なし ○非切除試験開胸開腹 ○非切除バイパス手術 ○非切除造瘻術 ○食道切除非再建 ○食道切除分割再建 ○食道切除一期再建 ○頸部食道外瘻術 ○リンパ節摘出術 ○その他 _____	「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。
手術日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	最も食道がん治療に寄与した手術の日。分割手術は切除手術の日を入力する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に記載する。
主占居部位_1	○Ce ○Ut ○Mt ○Lt ○Ae ○E=G ○GE ○不明	主なものから4つ選択する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。
主占居部位_2	○なし ○Ce ○Ut ○Mt ○Lt ○Ae ○E=G ○GE ○不明	【主占居部位_1】で何かしらが入力された場合に選択する。 【主占居部位_1】で選択された内容は選択不可とする。
主占居部位_3	○なし ○Ce ○Ut ○Mt ○Lt ○Ae ○E=G ○GE ○不明	【主占居部位_2】で「なし」以外の場合に選択する。 【主占居部位_1】、【主占居部位_2】で選択された内容は選択不可とする。
主占居部位_4	○なし ○Ce ○Ut ○Mt ○Lt ○Ae ○E=G ○GE ○不明	【主占居部位_3】で「なし」以外の場合に選択する。 【主占居部位_1】、【主占居部位_2】、【主占居部位_3】で選択された内容は選択不可とする。
癌切除の進入経路	○頸部 ○右胸部 ○左胸部 ○左胸腹連続 ○腹部 ○経食道裂孔 ○経食道裂孔 ○胸骨縦切 ○その他 (抜去なし) (抜去) ○不明	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。
内視鏡下手術(複数選択)	○なし ○あり <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 縦隔鏡下 <input type="checkbox"/> その他 ○不明	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。
郭清領域	○なし ○あり <input type="checkbox"/> 両側頸部 <input type="checkbox"/> 上縦隔 <input type="checkbox"/> 中下縦郭 <input type="checkbox"/> 腹部	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。
切除度・D	ODX OD0 OD1 OD2 OD3	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。
手術的根治度	OA OB OC	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。

再建経路	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 胸壁前(皮下) <input type="radio"/> 胸骨後 <input type="radio"/> 胸腔内 <input type="radio"/> 後縦隔 <input type="radio"/> 頸部 <input type="radio"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。																																																																	
吻合部位	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 頸部 <input type="radio"/> 胸壁前 <input type="radio"/> 胸腔内(高位) <input type="radio"/> 胸腔内(低位) <input type="radio"/> 下縦隔内 <input type="radio"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	高位と低位の境界は大動脈弓上縁。下縦隔内は腹部からの操作。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。																																																																	
再建臓器(複数選択)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 全胃 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 有茎空腸 <input type="checkbox"/> 遊離空腸 <input type="checkbox"/> 有茎結腸 <input type="checkbox"/> 遊離結腸 <input type="checkbox"/> 皮膚管 <input type="checkbox"/> その他 _____	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。																																																																	
血管吻合付加	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。																																																																	
手術的壁深達度	<input type="radio"/> TX <input type="radio"/> T0 <input type="radio"/> Tis <input type="radio"/> T1a <input type="radio"/> T1b <input type="radio"/> T2 <input type="radio"/> T3 <input type="radio"/> T4a <input type="radio"/> T4b	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。																																																																	
転移巣Nの手術的他臓器浸潤	<input type="radio"/> なし ON1 (OT4a    OT4b) ON2 (OT4a    OT4b) ON3 (OT4a    OT4b) ON4 (OT4a    OT4b) ONX (OT4a    OT4b) <input type="radio"/> 不明	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 原発巣がT3まででリンパ節転移巣による他臓器浸潤を認める場合に入力してください。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。																																																																	
手術的浸潤他臓器	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 気管支 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 大静脈 <input type="checkbox"/> 心嚢 <input type="checkbox"/> 横隔膜 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> その他 _____	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。																																																																	
合併切除臓器(複数選択)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 心嚢 <input type="checkbox"/> 横隔膜 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 胸管 <input type="checkbox"/> 反回神経 <input type="checkbox"/> 迷走神経(本幹) <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に記載する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。 「その他」の自由入力是非必須。																																																																	
手術的リンパ節転移群	ONX    ON0    ON1    ON2    ON3    ON4	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。																																																																	
手術的遠隔臓器転移	OMX    OM0    OM1	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 リンパ節転移を含みません。 胸膜、腹膜、心膜の播種性転移を含みます。 【手術療法】で「なし」以外が選択された場合に選択する。																																																																	
手術的規約Stage	(自動計算) Stage 0、Stage I、Stage II、Stage III、 Stage IVA、Stage IVB、不明	日本食道学会食道癌取り扱い規約第10版に準拠する。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" rowspan="3"></td> <td colspan="6">転移</td> </tr> <tr> <td colspan="6">【手術的リンパ節転移群】・【手術的遠隔臓器転移】</td> </tr> <tr> <td colspan="5">M0</td> <td>M1</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>N0</td> <td>N1</td> <td>N2</td> <td>N3</td> <td>N4</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">壁深達度 【手術的壁深達度】</td> <td>T0, Tis, T1a</td> <td>Stage 0</td> <td>Stage II</td> <td>Stage II</td> <td>Stage III</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVB</td> </tr> <tr> <td>T1b</td> <td>Stage I</td> <td>Stage II</td> <td>Stage II</td> <td>Stage III</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVB</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>Stage II</td> <td>Stage II</td> <td>Stage III</td> <td>Stage III</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVB</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>Stage II</td> <td>Stage III</td> <td>Stage III</td> <td>Stage III</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T4a, T4b</td> <td>Stage III</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVA</td> <td>Stage IVB</td> </tr> </table> <p>※TX, NX, MXが選択された場合は「不明」とする。                  ※【転移巣Nの手術的他臓器浸潤】が「なし」/「不明」以外の場合は、【手術的壁深達度】の選択肢に依らずT4(T4a, T4bの枠)として判断する。</p>			転移						【手術的リンパ節転移群】・【手術的遠隔臓器転移】						M0					M1			N0	N1	N2	N3	N4		壁深達度 【手術的壁深達度】	T0, Tis, T1a	Stage 0	Stage II	Stage II	Stage III	Stage IVA	Stage IVB	T1b	Stage I	Stage II	Stage II	Stage III	Stage IVA	Stage IVB	T2	Stage II	Stage II	Stage III	Stage III	Stage IVA	Stage IVB	T3	Stage II	Stage III	Stage III	Stage III	Stage IVA	Stage IVB		T4a, T4b	Stage III	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVB
		転移																																																																	
		【手術的リンパ節転移群】・【手術的遠隔臓器転移】																																																																	
		M0					M1																																																												
		N0	N1	N2	N3	N4																																																													
壁深達度 【手術的壁深達度】	T0, Tis, T1a	Stage 0	Stage II	Stage II	Stage III	Stage IVA	Stage IVB																																																												
	T1b	Stage I	Stage II	Stage II	Stage III	Stage IVA	Stage IVB																																																												
	T2	Stage II	Stage II	Stage III	Stage III	Stage IVA	Stage IVB																																																												
	T3	Stage II	Stage III	Stage III	Stage III	Stage IVA	Stage IVB																																																												
	T4a, T4b	Stage III	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVA	Stage IVB																																																												

切除標本病理所見 外科切除例 ※【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要の項目です。

癌占居部位	(自動反映)	手術欄の癌主占居部位が反映されます。 【主占居部位】で選択したものを表示する。
主病巣の肉眼型病型分類	<input type="radio"/> 0-I型 <input type="radio"/> 0-IIa型 <input type="radio"/> 0-IIb型 <input type="radio"/> 0-IIc型 <input type="radio"/> 0-III型 <input type="radio"/> 0-V型(分類不能型) <input type="radio"/> 1型 <input type="radio"/> 2型 <input type="radio"/> 3型 <input type="radio"/> 4型 <input type="radio"/> 5a型 <input type="radio"/> 5b型 <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 5a-未治療の場合、5b-治療後の場合。

最大長径	_____ mm ○不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 下限値:0 上限値:300
組織型	<input type="radio"/> 扁平上皮癌 <input type="radio"/> 高分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 中分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 低分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 類基底細胞癌 <input type="radio"/> 癌肉腫 <input type="radio"/> 腺癌 <input type="radio"/> Barrett腺癌 <input type="radio"/> 腺扁平上皮癌 <input type="radio"/> 粘表皮癌 <input type="radio"/> 腺様嚢胞癌 <input type="radio"/> 神経内分泌腫瘍 <input type="radio"/> NET G1 or G2 <input type="radio"/> 神経内分泌癌 <input type="radio"/> 未分化癌 <input type="radio"/> その他の上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> 非上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> GIST <input type="radio"/> 悪性黒色腫 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 「高分化型扁平上皮癌」「中分化型扁平上皮癌」「低分化型扁平上皮癌」は非必須。 「NET G1 or G2」「神経内分泌癌」は必須。
Tumor grade	<input type="radio"/> G1 <input type="radio"/> G2 <input type="radio"/> G3 <input type="radio"/> GX	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 SquamousかAdenoの場合は必須。 G1=well G2=mod G3=poor
原発巣の組織学的壁深達度・pT	<input type="radio"/> pTX <input type="radio"/> pT0 <input type="radio"/> pTis <input type="radio"/> pT1a <input type="radio"/> pT1b <input type="radio"/> pT2 <input type="radio"/> pT3 <input type="radio"/> pT4a <input type="radio"/> pT4b	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
組織学的表在癌深達度詳細	<input type="radio"/> 表在癌でない <input type="radio"/> OM1(EP) <input type="radio"/> OM2(LPM) <input type="radio"/> OM3(MM) <input type="radio"/> OSM1 <input type="radio"/> OSM2 <input type="radio"/> OSM3 <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
組織学的転移陽性リンパ節数	(自動計算項目 ※【転移陽性リンパ節数】の合計値と同じ) [—]個	項目【頸部100L】～【腹部20】の入力値の合計数。 項目【転移陽性リンパ節数】と同じ値とする。
組織学的遠隔臓器転移	<input type="radio"/> OM0 <input type="radio"/> OpM1(他臓器転移あり) <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 リンパ節転移を含みません。 胸膜、腹膜、心膜の播種性転移を含みます。
総合的癌遺残・R	<input type="radio"/> ORX <input type="radio"/> OR0 <input type="radio"/> OR1 <input type="radio"/> OR2	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
組織学的根治度	<input type="radio"/> OpA <input type="radio"/> OpB <input type="radio"/> OpC	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 A:R0,D>pN B:R0,D=<pN C:R1, R2
リンパ管侵襲・ly	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
静脈侵襲・v	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
浸潤形式・INF	<input type="radio"/> INFa <input type="radio"/> INFb <input type="radio"/> INFc <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
組織学的切離断端癌浸潤・pPM・pDM	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
組織学的深部切離断端癌浸潤・pRM	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
食道壁内転移・IM-e	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
胃壁内転移・IM-St	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
原発性多発癌	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。
多発癌病巣数	_____ 個   ○不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。 下限値:0 上限値:99
組織学的治療効果判定	<input type="radio"/> Grade0 <input type="radio"/> Grade1a <input type="radio"/> Grade1b <input type="radio"/> Grade2 <input type="radio"/> Grade3 <input type="radio"/> 術前治療なし <input type="radio"/> 不明	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。

リンパ節転移状況 ※【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要の項目です。

転移陽性リンパ_不明	○不明		【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。転移陽性リンパ節数を記載する。郭清したリンパ節がなかった場合は「0」を記載する。郭清しなかった場合は「郭清なし」を選択する。不明の場合は、「不明」を選択してください。 ※「不明」にチェックが入ったら、【転移陽性リンパ節数 頸部】、【転移陽性リンパ節数 胸部】、【転移陽性リンパ節数 腹部】は記載不要。
頸部	頸部100L	_____ ○郭清なし	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。転移陽性リンパ節数を記載する。郭清したリンパ節がなかった場合は「0」を記載する。郭清しなかった場合は「郭清なし」を選択する。 下限値:0 上限値:99
	頸部100R	_____ ○郭清なし	
	頸部101L	_____ ○郭清なし	
	頸部101R	_____ ○郭清なし	
	頸部102midL	_____ ○郭清なし	
	頸部102midR	_____ ○郭清なし	
	頸部102upL	_____ ○郭清なし	
	頸部102upR	_____ ○郭清なし	
	頸部103	_____ ○郭清なし	
	頸部104L	_____ ○郭清なし	
頸部104R	_____ ○郭清なし		
胸部	胸部105	_____ ○郭清なし	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。転移陽性リンパ節数を記載する。郭清したリンパ節がなかった場合は「0」を記載する。郭清しなかった場合は「郭清なし」を選択する。 下限値:0 上限値:99
	胸部106recL	_____ ○郭清なし	
	胸部106recR	_____ ○郭清なし	
	胸部106pre	_____ ○郭清なし	
	胸部106tbL	_____ ○郭清なし	
	胸部106tbR	_____ ○郭清なし	
	胸部107	_____ ○郭清なし	
	胸部108	_____ ○郭清なし	
	胸部109L	_____ ○郭清なし	
	胸部109R	_____ ○郭清なし	
	胸部110	_____ ○郭清なし	
	胸部111	_____ ○郭清なし	
	胸部112aoA	_____ ○郭清なし	
	胸部112aoP	_____ ○郭清なし	
胸部112pullL	_____ ○郭清なし		
胸部112pulR	_____ ○郭清なし		
胸部113	_____ ○郭清なし		
胸部114	_____ ○郭清なし		
腹部	腹部1	_____ ○郭清なし	【手術療法】で「なし」が選択された場合は記入不要。転移陽性リンパ節数を記載する。郭清したリンパ節がなかった場合は「0」を記載する。郭清しなかった場合は「郭清なし」を選択する。 下限値:0 上限値:99
	腹部2	_____ ○郭清なし	
	腹部3a	_____ ○郭清なし	
	腹部3b	_____ ○郭清なし	
	腹部4sa	_____ ○郭清なし	
	腹部4sb	_____ ○郭清なし	
	腹部5	_____ ○郭清なし	
	腹部6	_____ ○郭清なし	
	腹部7	_____ ○郭清なし	
	腹部8a	_____ ○郭清なし	
	腹部8p	_____ ○郭清なし	
	腹部9	_____ ○郭清なし	
	腹部10	_____ ○郭清なし	
	腹部11p	_____ ○郭清なし	
	腹部11d	_____ ○郭清なし	
	腹部12	_____ ○郭清なし	
腹部16	_____ ○郭清なし		
腹部19	_____ ○郭清なし		
腹部20	_____ ○郭清なし		

転移陽性リンパ節数	(自動反映) 頸部:[ ]個 胸部:[ ]個 腹部:[ ]個 合計:[ ]個	#104を含みます。 ※【転移陽性リンパ節数 頸部】で入力された値の合計数、【転移陽性リンパ節数 胸部】で入力された値の合計数、【転移陽性リンパ節数 腹部】で入力された値の合計数を自動計算する。
転移陽性リンパ節番号一覧	(自動反映) 頸部:100L~104R 胸部:105~114 腹部:1~20	【転移陽性リンパ節数 頸部】、【転移陽性リンパ節数 胸部】、【転移陽性リンパ節数 腹部】のうち1以上が入力されたリンパ節(項自名)を表示する。
組織学的リンパ節転移群(計算)	(自動計算) N0、N1、N2、N3、N4、不明	多発癌、2領域以上に拡がる癌のリンパ節群は、いずれも深達度の最も深い癌の占居部位のリンパ節群に従う。 【主占居部位】、【頸部】、【胸部】、【腹部】での入力内容から、『占居部位別リンパ節群分類』にそって自動計算する。
リンパ節転移領域(計算)	(自動計算) 0、1、2、3	【転移陽性リンパ節番号一覧・頸部】、【転移陽性リンパ節番号一覧・胸部】、【転移陽性リンパ節番号一覧・腹部】のうち、値が表示されている領域数を表示する。

pTNM欄(UICC)

pT 7th	OpTX	OpT0	OpTis	OpT1a	OpT1b	OpT2	OpT3	OpT4a	OpT4b
pN 7th	(自動判定) pNX、pN0、pN1、pN2、pN3								
pN 7th個数	(自動計算項目) [ ]個								
pM 7th	OcM0	OcM1	OpM1						
M1臓器(複数選択)	<input type="checkbox"/> PUL <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> OTH <input type="checkbox"/> supraclavicular LN	<input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> PLE <input type="checkbox"/> abd paraaortic LN	<input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/> PER	<input type="checkbox"/> BRA <input type="checkbox"/> SKI					
pT 8th	OpTX	OpT0	OpTis	OpT1a	OpT1b	OpT2	OpT3	OpT4a	OpT4b
pN 8th	(自動判定) pNX、pN0、pN1、pN2、pN3								
pN 8th個数	(自動計算項目) [ ]個								
pM 8th	OcM0	OcM1	OpM1						
M1臓器(複数選択)	<input type="checkbox"/> PUL <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> OTH <input type="checkbox"/> supraclavicular LN	<input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> PLE <input type="checkbox"/> abd paraaortic LN	<input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/> PER	<input type="checkbox"/> BRA <input type="checkbox"/> SKI					

pTNM 8th Stage	(自動計算) 不明、pSt0、pStIA、pStIB、pStIIA、pStIIB、pStIIIA、pStIIIB、pStIIIC、pStIV、計算対象外	■平上皮癌		転移 [pM 8th] - [pM 8th]					
		cM0						cM1・pM1	
		pN0	pN1	pN2	pN3				
壁深達度 [pT 8th]		pT0/pTis	pSt0	不明	不明	不明	不明	不明	不明
		pT1a	pStIA	pStIIB	pStIIIA	pStIVA	pStIVB		
		pT1b	pStIB	pStIIB	pStIIIA	pStIVA	pStIVB		
		pT2	pStIIA	pStIIA	pStIIB	pStIVA	pStIVB		
		pT3	pStIIB	pStIIB	pStIIB	pStIVA	pStIVB		
		pT4a	pStIIIB	pStIIIB	pStIVA	pStIVA	pStIVB		
		pT4b	pStIVA	pStIVA	pStIVA	pStIVA	pStIVB		
		■腺癌		転移 [pM 8th] - [pM 8th]					
		cM0						cM1・pM1	
		pN0	pN1	pN2	pN3				
壁深達度 [pT 8th]		pT0/pTis	pSt0	不明	不明	不明	不明	不明	不明
		pT1a	pStIA	pStIIB	pStIIIA	pStIVA	pStIVB		
		pT1b	pStIB	pStIIB	pStIIIA	pStIVA	pStIVB		
		pT2	pStIIA	pStIIA	pStIIB	pStIVA	pStIVB		
		pT3	pStIIB	pStIIB	pStIIB	pStIVA	pStIVB		
		pT4a	pStIIIB	pStIIIB	pStIVA	pStIVA	pStIVB		
		pT4b	pStIVA	pStIVA	pStIVA	pStIVA	pStIVB		

※pTX、pNXが選択された場合は「不明」とする。

放射線療法

放射線治療	○なし ○あり ○不明	食道癌に対する放射線療法だけを記入してください。同時重複癌に対する治療は記入しないでください。
放射線治療・目的	○術前補助 ○根治 ○緩和(姑息) ○術後補助 ○遺残 ○再発 ○その他 _____ ○不明	根治とはすべての腫瘍に根治線量が照射されたものとする。 内視鏡切除後も術後補助に記載する。 【放射線療法】が「あり」の場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力は非必須。
同時併用化学療法	○なし ○あり ○不明	【放射線療法】が「あり」の場合に選択する。
外照射	○なし ○あり	【放射線療法】が「あり」の場合に選択する。
外照射開始日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【外照射】が「あり」の場合に選択する。
外照射終了日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【外照射】が「あり」の場合に選択する。
外照射期間	(自動計算) [—]日	【外照射】が「あり」の場合に自動計算する。 【外照射終了日_月】-【外照射開始日_月】+1
外照射総線量	_____ Gy ○不明	【外照射】が「あり」の場合に選択する。 下限値:0.0 上限値:99.0 (小数点以下1位まで)
外照射回数	_____ 回 ○不明	【外照射】が「あり」の場合に選択する。 下限値:0.0 上限値:99.0
標的容積	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 頸部上縦隔 <input type="checkbox"/> 鎖骨上リンパ節 <input type="checkbox"/> 縦隔リンパ節 <input type="checkbox"/> 腹部リンパ節 <input type="checkbox"/> 遠隔転移 <input type="checkbox"/> その他	放射線治療開始時に含まれるものをチェックする。 【放射線療法】が「あり」の場合に記載する。
領域リンパ節予防的照射	○なし ○あり ○不明	【放射線療法】が「あり」の場合に記載する。
照射装置	○高エネルギーX線発生装置(リニアック、マイクロトロンなど) ○コバルト ○陽子線 ○重粒子線 ○不明	【放射線療法】が「あり」の場合に記載する。
治療計画法	○3次元 ○2次元 ○IMRT ○その他	【放射線療法】が「あり」の場合に記載する。
腔内照射	○なし ○あり ○不明	【放射線療法】が「あり」の場合に記載する。
腔内照射開始日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【腔内照射】が「あり」の場合に記載する。
腔内照射終了日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【腔内照射】が「あり」の場合に記載する。
腔内照射総線量	_____ Gy ○不明	【腔内照射】が「あり」の場合に記載する。 下限値:0.0 上限値:99.0 (小数点以下1位まで)
照射総線量	(自動計算) [—]Gy	【腔内照射】が「あり」の場合に自動計算する。 【外照射総線量】+【腔内照射総線量】

化学療法

化学療法・目的	○なし ○あり <input type="checkbox"/> 非切除 <input type="checkbox"/> 術前補助 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 遺残 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> その他 ○不明	食道癌に対する化学療法だけを記載してください。同時重複癌に対する治療は記載しないでください。 非切除目的で開始し、後でサルベージ手術を行った場合の目的は非切除に記載。内視鏡切除後も術後補助に記載する。
---------	--	---

化学療法・非切除	<input type="radio"/> 根治目的 <input type="radio"/> 緩和目的	【化学療法】で「非切除」の場合に選択する。
化学療法・再発時	<input type="radio"/> 根治目的 <input type="radio"/> 緩和目的	【化学療法】で「非切除」の場合に選択する。
化療開始日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【化学療法】で「非切除」の場合に記載する。
抗癌剤投与注	<input type="radio"/> 単独 <input type="radio"/> 放射線との同時併用 <input type="radio"/> 放射線との経時併用 <input type="radio"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	【化学療法】で「あり」の場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力是非必須。

内視鏡療法

内視鏡治療	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
内視鏡施行日・初回	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	【内視鏡治療】で「あり」の場合に記載する。
治療目的内視鏡治療(複数選択)	<input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> PDT <input type="checkbox"/> YAGレーザー/APC <input type="checkbox"/> MCT/RFA <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	治療を目的で行った場合の内視鏡治療内容をチェックする。 【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力是非必須。
内視鏡姑息治療(複数選択)	<input type="checkbox"/> YAGレーザー/APC <input type="checkbox"/> MCT/RFA <input type="checkbox"/> 食道内ステント <input type="checkbox"/> 気管内ステント <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	症状緩和を目的で行った場合の内視鏡治療内容をチェックする。 【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
内視鏡・併用療法	<input type="radio"/> 単独 <input type="radio"/> 化学療法併用 <input type="radio"/> 放射線併用 <input type="radio"/> 化学放射線併用 <input type="radio"/> その他 _____	【内視鏡治療】で「あり」の場合に記載する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力是非必須。
主な内視鏡切除の方法	<input type="radio"/> EMR <input type="radio"/> ESD	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
内視鏡切除病巣数	_____ 個	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:10
内視鏡切除の完全度	<input type="radio"/> 一括完全切除 <input type="radio"/> 分割切除 <input type="radio"/> 一括側方断端陽性 <input type="radio"/> 不変(中断) <input type="radio"/> 一括深部断端陽性 <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
内視鏡治療の合併症(複数選択)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 輸血を要する出血 <input type="checkbox"/> 縦隔炎 <input type="checkbox"/> 拡張術を要する狭窄 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 「その他」が選択された場合に、自由入力欄に記載する。 「その他」の自由入力是非必須。

切除標本病理所見 内視鏡切除例

肉眼型_肉眼所見_内	<input type="radio"/> 0-I型 <input type="radio"/> 0-IIa型 <input type="radio"/> 0-IIb型 <input type="radio"/> 0-IIc型 <input type="radio"/> 0-III型 <input type="radio"/> 0-V型(分類不能型) <input type="radio"/> 1型 <input type="radio"/> 2型 <input type="radio"/> 3型 <input type="radio"/> 4型 <input type="radio"/> 5a型 <input type="radio"/> 5b型 <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
切除長径_肉眼所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
切除短径_肉眼所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
腫瘍長径_肉眼所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
腫瘍短径_肉眼所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
内視鏡切除_肉眼所見_内	<input type="radio"/> 一括切除 <input type="radio"/> 分割切除	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。

分割切除数_肉眼所見_内	_____ 個	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:99
側方断端_肉眼所見_内	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
深部断端_肉眼所見_内	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
多発病変の有無_肉眼所見_内	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
腫瘍長径_組織学的所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
腫瘍短径_組織学的所見_内	_____ mm <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 下限値:0 上限値:200
組織型	<input type="radio"/> 扁平上皮癌 <input type="radio"/> 高分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 中分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 低分化型扁平上皮癌 <input type="radio"/> 類基底細胞癌 <input type="radio"/> 癌肉腫 <input type="radio"/> 腺癌 <input type="radio"/> Barrett腺癌 <input type="radio"/> 腺扁平上皮癌 <input type="radio"/> 粘表皮癌 <input type="radio"/> 腺様嚢胞癌 <input type="radio"/> 神経内分泌腫瘍 <input type="radio"/> NET G1 or G2 <input type="radio"/> 神経内分泌癌 <input type="radio"/> 未分化癌 <input type="radio"/> その他の上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> 非上皮性悪性腫瘍 <input type="radio"/> GIST <input type="radio"/> 悪性黒色腫 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 「高分化型扁平上皮癌」「中分化型扁平上皮癌」「低分化型扁平上皮癌」は非必須。 「NET G1 or G2」「神経内分泌癌」は必須。
Tumor grade	<input type="radio"/> G1 <input type="radio"/> G2 <input type="radio"/> G3 <input type="radio"/> GX	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。 SquamousかAdenoの場合は必須。 G1=well G2=mod G3=poor
原発巣の組織学的壁深達度・pT	<input type="radio"/> OpTX <input type="radio"/> OpT0 <input type="radio"/> OpTis <input type="radio"/> OpT1a <input type="radio"/> OpT1b <input type="radio"/> OpT2 <input type="radio"/> OpT3 <input type="radio"/> OpT4a <input type="radio"/> OpT4b	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
組織学的表在癌深達度詳細	<input type="radio"/> 表在癌でない <input type="radio"/> OM1(EP) <input type="radio"/> OM2(LPM) <input type="radio"/> OM3(MM) <input type="radio"/> OSM1 <input type="radio"/> OSM2 <input type="radio"/> OSM3 <input type="radio"/> 不明	内視鏡切除のpT1bの亜分類は200μmまでの浸潤をpT1b-SM1, 200μmを越える浸潤をpT1b-SM2とする。 【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
リンパ管侵襲・ly	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
静脈侵襲・v	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
浸潤形式・INF	<input type="radio"/> INFa <input type="radio"/> INFb <input type="radio"/> INFc <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
水平切離断端・pHM_組織学的所見_内	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。
垂直切離断端・pVM_組織学的所見_内	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	【内視鏡治療】で「あり」の場合に選択する。

## フォローアップ

予後調査結果	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 消息不明	【初診日】から5年後以降の生存確認がとれた場合は、「生存」を選択。 5年未満の生存までしか確認がとれない場合は、「消息不明」を選択のうえ、 【最終生存確認年月日】を入力ください。
最終生存確認年月日	西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日	【予後調査結果】で「生存」、「消息不明」の場合に選択する。 「生存」の場合は、【初診日】から5年後以降の日付でないと記載不可。 「消息不明」の場合は、【初診日】以降の日付であれば記載可能。
死亡日	西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日	死亡者は死亡日を記載。 【予後調査結果】で「死亡」の場合に選択する。
死因	<input type="radio"/> 原病死 <input type="radio"/> 他腫瘍死 _____  <input type="radio"/> 他病死 _____ <input type="radio"/> 治療関連死(30日以内) <input type="radio"/> 治療関連死(31日以降)  <input type="radio"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	治療関連死は入院中と退院後にかかわらず。 治療中及び終了後から30日以内と31日以降に分ける。 【予後調査結果・記号】で「死亡」の場合に選択。 「他腫瘍死」「他病死」「その他」の場合は自由入力欄を記載する。
手術在院死亡	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	手術後に在院のまま死亡したものを在院死亡例とする。 同一病院に入院中に死亡したものをいい、転科した場合も含む。 【予後調査結果・記号】で「死亡」の場合に選択。
初発再発形式(複数選択)	<input type="radio"/> 再発なし <input type="radio"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 断端 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 播種 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="radio"/> 不明	「その他」が選択された場合に、自由入力欄を記載する。