

平成 27 年 1 月 26 日

県内医療機関長
がん登録実務担当者 殿

高知がん診療連携協議会会長
高知大学医学部附属病院長 横山 彰仁

第 7 回高知県がん登録研修会の開催について

日頃より、がん登録作業及び登録研修にご理解とご協力を頂き御礼申し上げます。

さて、がん登録推進法施行まで 1 年と迫ってまいりました。高知がん診療連携協議会がん登録部会では、地域がん登録事業への協力と登録精度の向上を目指した講義、演習を実施しており、今回は下記の内容で研修会を行います。

つきましては、がん登録実務担当者の本研修会への参加に向けたご配慮、並びにがん登録実務担当者の皆様には是非、ご参加下さいますようご案内いたします。

記

1. 開催日時 平成 27 年 2 月 28 日（土）13：00～17：00
2. 開催場所 高知大学医学部実習棟 3 階 第 1 講義室
（学内再開発中のため、前回の会場と異なります）
3. 内 容
 - 1) 婦人科領域のがん 臨床と病期分類
高知大学医学部附属病院 産科婦人科
牛若 昂志（医師）
 - 2) 胃がんと大腸がんの臨床病期分類と治療
高知赤十字病院 医療情報管理課
森田 博（院内がん登録実務指導者）
 - 3) 拠点病院データ報告書について
高知赤十字病院 医療情報管理課
四國 久幸
 - 4) 全国がん登録について
高知県健康政策部 健康対策課
山崎 千夏
 - 5) グループワーク
A：届出票の記載をしている方
届出票の記載間違い、留意点など
B：届出票の記載をしていない方
地域がん登録について
4. 申込方法 参加申込用紙にご記入の上、2 月 13 日（金）までに FAXにて御連絡下さい。

《主催》高知がん診療連携協議会がん登録部会

《共催》高知がん診療連携協議会

参加申込
高知大学医学部附属病院
診療情報管理室 宛

FAX 088-880-2653

締切
2月13日(金)

貴施設名 (_____)

参加者合計 (_____ 名)



【お問い合わせ】診療情報管理室 野口
TEL 088-880-2571
E-Mail : ir16@kochi-u.ac.jp

◇ 参加される方のお名前と、各項目について該当する番号をご記入ください。(その他の場合は内容を記入してください。)

氏名	所属	職種 ①診療情報管理士 ②事務 ③医療クラーク ④医療秘書 ⑤医師事務作業補助 ⑥医師 ⑦看護師 その他 ()	質問1) 地域がん登録の届出票の記載をしていますか。 <u>※院内がんの登録をしている方は、A-0とご記入ください。</u> A-1 全てしている A-2 患者基本情報(名前・住所等)以外も一部している B-1 患者基本情報のみしている B-2 全くしていない	【グループワーク】 A) 届出票の記載間違い、留意点など B) 地域がん登録の概要、届出票の記載方法 質問1で、A-0~A-2と回答した方は、Aグループです。 →下枠への記入は必要ありません。 質問1で、B-1~B-2と回答した方は、Bグループです。 →下枠のご希望の内容を○で囲んでください。 ①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法 <u>※①~③のうち、希望が多い内容で実施します。</u>
				①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法
				①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法
				①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法
				①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法
				①地域がん登録の概要 ②届出票の記載方法 ③概要+記載方法