

資料2 必要な臨床情報（がんゲノム情報管理センターへの提出義務があります）

病理検体の有無 (病理診断書の同封をお願いします)	<input type="checkbox"/> あり（資料3を参照の上ご準備をお願いします） <input type="checkbox"/> なし（ <input type="checkbox"/> 採取歴がない <input type="checkbox"/> 採取困難） <input type="checkbox"/> その他 ()
MSI	<input type="checkbox"/> MSS <input type="checkbox"/> MSI-H <input type="checkbox"/> 未測
がん種毎のコンパニオン検査等 (例：RASKET-B /HER2/BRACAnalysis などフリー記載)	
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日本数_____×喫煙年数_____年） <input type="checkbox"/> 現在も喫煙中 <input type="checkbox"/> 禁煙中
アルコール多飲 (60g/日以上)の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※アルコール多飲とは、ビール1500ml/日、ワイングラス9杯/日、日本酒6合/日 以上を指します。
アスベスト暴露有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）
活動性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
多発がん有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
活動性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※重複がんは異なる臓器、多発がんは同一の臓器に発生したがんを指します。
現在の転移部位・臓器	
これまでのがん薬物療法の治療詳細 (<u>診療情報提供書に記載ください</u>)	<ul style="list-style-type: none"> ・実施目的（術前補助療法・術後補助療法・根治治療・その他（緩和的治療含む）） ・レジメン名 ・薬剤承認状況（適応内・適応外・未承認（治験薬）） ・投与開始日と投与終了日、または継続中 ・最良総合評価 ・血液毒性以外でみられた Grade 3 以上の有害事象の有無と、その内容、発症日、最悪 Grade <p><u>※これまで実施した全治療レジメンについて記載ください。</u></p>
手術・放射線治療歴	実施目的（根治目的・緩和目的・その他（目的記載））