**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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 病理診断名（病理診断書同封で代用可能） |  |
| 診断年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **がん種特有の免疫染色、遺伝子情報、コンパニオン診断の結果（報告書の同封必須）** |
| 喫煙の有無 | □なし ・ □ありの場合（1日本数＿＿＿×喫煙年数＿＿＿年）　　　　　　　　　　　□現在も喫煙中 □禁煙中 |
| アルコール多飲(60g/日以上)の有無 | □なし ・ □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 | □なし ・ □あり |
| 重複がんの有無その部位活動性の有無 | □なし ・ □あり( )□なし ・ □あり |
| 多発がん有無活動性の有無 | □なし ・ □あり□なし ・ □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。 |
| 現在の腫瘍の転移部位・転移臓器 | ( ) |
| **これまでのがん薬物療法の治療詳細**（診療情報提供書に記載ください） | ・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**※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。** |
| **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）） |