**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） | □あり（資料３を参照の上ご準備をお願いします）□なし　（□採取歴がない　　□採取困難）□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| MSI | □MSS　　□MSI-H　　□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 | □0　　□1　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 喫煙の有無 | □なし □あり　（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 |
| 重複がんの有無活動性の有無 | □なし　　□あり（部位：　　　　　　　　　　　　　　　） □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。 |
| 現在の転移部位・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）） |