様式3-3

C-CAT登録項目調査票：薬物療法

福岡赤十字病院　地域医療連携室　宛

1枚あたり3ラインの項目まで記載いただけるようになっています。
4ライン以降はお手数ですが、本フォーマットをコピーしていただき、ご記載いただきますようお願いいたします。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**　☐ **男**　☐ **女**　**西暦**＿＿＿＿＿＿**年**＿＿＿**月**＿＿＿**日生**＿＿＿**歳**

《薬物療法》

紹介状に記載済	項目	内容
●ライン：【　　】次治療		
☐	治療方針	☐ 保険診療　☐ 企業治験　☐ 医師主導治験　☐ 先進医療　☐ 患者申出療養　☐ その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
☐	実施目的	☐ 術前補助療法　☐ 術後補助療法　☐ 根治　☐ 緩和　☐ その他
☐	レジメン名	
☐	投与開始日	年　月　日
☐	投与終了日	年　月　日　もしくは ☐ 継続中
☐	終了理由	☐ 計画通り終了　☐ 無効中止　☐ 副作用等で中止　☐ 本人希望　☐ その他理由
☐	最良総合効果	☐ CR　☐ PR　☐ SD　☐ PD　☐ NE
☐	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	☐ なし　☐ あり　☐ 不明 → 事象名：　発現日：　最悪Grade：
●ライン：【　　】次治療		
☐	治療方針	☐ 保険診療　☐ 企業治験　☐ 医師主導治験　☐ 先進医療　☐ 患者申出療養　☐ その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
☐	実施目的	☐ 術前補助療法　☐ 術後補助療法　☐ 根治　☐ 緩和　☐ その他
☐	レジメン名	
☐	投与開始日	年　月　日
☐	投与終了日	年　月　日　もしくは ☐ 継続中
☐	終了理由	☐ 計画通り終了　☐ 無効中止　☐ 副作用等で中止　☐ 本人希望　☐ その他理由
☐	最良総合効果	☐ CR　☐ PR　☐ SD　☐ PD　☐ NE
☐	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	☐ なし　☐ あり　☐ 不明 → 事象名：　発現日：　最悪Grade：
●ライン：【　　】次治療		
☐	治療方針	☐ 保険診療　☐ 企業治験　☐ 医師主導治験　☐ 先進医療　☐ 患者申出療養　☐ その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
☐	実施目的	☐ 術前補助療法　☐ 術後補助療法　☐ 根治　☐ 緩和　☐ その他
☐	レジメン名	
☐	投与開始日	年　月　日
☐	投与終了日	年　月　日　もしくは ☐ 継続中
☐	終了理由	☐ 計画通り終了　☐ 無効中止　☐ 副作用等で中止　☐ 本人希望　☐ その他理由
☐	最良総合効果	☐ CR　☐ PR　☐ SD　☐ PD　☐ NE
☐	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	☐ なし　☐ あり　☐ 不明 → 事象名：　発現日：　最悪Grade：