

# 心不全フォローアップシート

患者名 (ID)	
薬局名	
心不全の原因疾患	<input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋症
左室駆出率(LVEF)による分類	LVEF :    % <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
心不全入院歴	前回 :    /    /    ~    /
体重	入院時 :    Kg                      退院時 :    Kg

202 年	/	/	/	/	/
●薬を飲み忘れることはありますか？	なし 週に1回程度 月に1回程度 ( )	なし 週に1回程度 月に1回程度 ( )	なし 週に1回程度 月に1回程度 ( )	なし 週に1回程度 月に1回程度 ( )	なし 週に1回程度 月に1回程度 ( )
●塩分の摂りすぎに注意していますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●汁物は1日1杯までにし、 麺類では汁を残すようにしていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●漬物を控えていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●外食や加工食品を控えていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●日常生活で過労しないよう注意 していますか？（掃除など家事も含む）	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●禁煙はできていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●節酒はできていますか？ （目安：日本酒1合、ビール500mlまで）	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●毎日の体重測定を行っていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●毎日の浮腫の確認を行っていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●体重 (Kg)	( )	( )	( )	( )	( )
●労作時の息切れはありませんか？	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
●就寝時の呼吸苦や、苦しくて横になれ ないことはありませんか？	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
●BNPは前回よりも上昇していませんか？ （心臓に負担がかかると上昇） (Pg/mL)	はい・いいえ ( )	はい・いいえ ( )	はい・いいえ ( )	はい・いいえ ( )	はい・いいえ ( )
●心不全増悪時に受診する目安を 知っていますか？ （1週間での2 Kg以上の体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間呼吸困難の出現など）	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
担当者					

心不全の薬薬連携について

来局時にチェックシートを記入いただき、当院薬剤部まで毎回FAX送信をお願いします。



申し送り事項 (療養指導の内容、セルフモニタリングの状況、患者理解度など)