

心不全フォローアップシート

2024.8.1 作成

※来局時やテレフォンフォローアップの際にご記入いただき、その都度、当院薬剤科・かかりつけ医までFaxをお願いします。

患者の同意を 得た 患者が主治医への報告を拒否しているが、 1/2
 得ていない 治療上必要だと思われるので報告

(フリガナ)

市立病院 診察券番号： 000

男・女

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

薬局名： Tel.

Fax.

目標体重： kg (退院時体重) ・ 目標血圧： / mmHg

飲水制限： mL/日 (夏場 mL/日) ・ なし

心不全増悪時の目安

1週間以内に、かかりつけ医を受診 (イエローカード)

- ・ 2~3 日で体重が2 kg 以上増える
- ・ むくみの悪化 (靴下や靴がきつくなる)
- ・ 休まずに歩いていた距離でも息切れする

すぐに、かかりつけ医や病院に相談 (レッドカード)

- ・ 夜間、咳が出て眠れない
- ・ 何もしていないのに息苦しい (横になると息苦しい、座ると楽になる)
- ・ 起き上がるとフラフラする (めまいがする)

記載日： 年 / /

◇ 心不全手帳を持参しているか？

※ 心不全手帳を記入・持参するようにご指導の程、よろしくお願いします。

はい / いいえ

はい / いいえ

はい / いいえ

◇ 確認事項

① 毎日、体重を測定しているか	はい / いいえ _____ kg	はい / いいえ _____ kg	はい / いいえ _____ kg
② 水分制限は守れているか	はい / いいえ _____ mL	はい / いいえ _____ mL	はい / いいえ _____ mL
③ 毎日、むくみを確認をしているか	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
④ 夜間の息苦しさを我慢しているか	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
⑤ 症状悪化時、周りに言える環境か	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
⑥ 毎日、血圧・脈を測定しているか	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ

⑦ 上記、イエローカードの受診タイミングを理解しているか

はい / いいえ

はい / いいえ

はい / いいえ

上記、レッドカードの受診タイミングを理解しているか

はい / いいえ

はい / いいえ

はい / いいえ

※ 上記、受診タイミングの指導をお願いします。

※ いいえの場合は、次回以降も指導継続

◇ 服薬アドヒアランス：内服管理 本人 それ以外 () 一包化 あり / なし

⑧ 薬を飲み忘れたことがある	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
⑨ いつ忘れることが多いのか (朝食後、昼食後、夕食後、寝る前、食前、起床時)	()	()	()
⑩ どのくらい飲んでいないか ・ 自宅に残薬がある	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
・ 体調が良く・悪くになったら薬を飲まない (自己中断)	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
・ 薬を飲んだか飲まないかわからなくなる時がある	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ

担当者

※ 次ページあり (自由記載)

仙台市立病院 担当薬剤師：

〒982-8502

Tel. (代表) 022 (308) 7111

仙台市太白区あすと長町1-1-1

Fax. (薬剤科) 022 (308) 9917

