

# 心不全フォローアップシート

※来局時やテレフォンプ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。

※持参された心不全ノートのコピーも合わせてFAX願います。

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、  
 得ていない 治療上必要だと思われるので報告

1/2

(フリガナ)

市立病院 診察券番号：

患者氏名：

生年月日：

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  その他( )

## 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)

### すぐに、かかりつけ医や病院に相談(レッドカード)

- ・ 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

- ・ 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 / /

### ◇ 心不全ノート持参しているか？

- ※ 心不全ノートを記入・持参するようにご指導の程、よろしくをお願いします。
- ※ テレフォンプォローアップの際は下に体重,血圧,脈の記載をお願いします。

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  はい  いいえ  はい  いいえ  
 \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ kg

② 水分制限は守れているか

はい  いいえ  はい  いいえ  はい  いいえ

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 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  
 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg  
 脈 \_\_\_\_\_ bpm 脈 \_\_\_\_\_ bpm 脈 \_\_\_\_\_ bpm

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 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

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。

※ いろいろの場合は、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  
 ( ) ( ) ( )

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

# 心不全フォローアップシート

2/2

( / )  投薬時  テレフォンフォローアップ時  その他 ( )

( / )  投薬時  テレフォンフォローアップ時  その他 ( )

( / )  投薬時  テレフォンフォローアップ時  その他 ( )