

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あわせて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、治療上必要だと思われるので報告
 得ていない

(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)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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？ノートの持参と記入をするように指導してください。 はい いいえ はい いいえ はい いいえ

◇ 心不全徴候等の確認事項 ①～⑥の項目で“はい”に該当した場合、心不全増悪時の目安にそって受診勧奨してください。

① 夜間、咳が出て眠れない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 起き上がるとフラフラする (めまいがする)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 毎日、血圧・脈・体重を測定・記録しているか	直近の血圧 _____ mmHg	_____ mmHg	_____ mmHg
<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> たまに忘れる <input type="checkbox"/> 心不全ノートを持っていない	直近の脈 _____ bpm	_____ bpm	_____ bpm
<input type="checkbox"/> 持っているが利用していない (理由: _____)	直近の体重 _____ kg	_____ kg	_____ kg
⑤ 2～3日で体重が2kg以上増える	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 靴下の跡が残る、靴がきつくなる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 症状悪化時、周りに言える環境か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 上記、レッドカードの受診タイミングを理解しているか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		
⑩ 副作用が疑われるような症状がある (気になる症状がないか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	※ はいの場合は、次ページに詳細を記載してください。		

◇ 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

⑪ 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

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

