福島赤十字病院　薬剤部　FAX:024-536-1224　　　　　保険薬局　→　福島赤十字病院　薬剤部

心不全フォローアップシート（服薬情報提供書）

報告日　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　処方医　 　 科　　　　　 先生

処方日　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない |
| [ ]  患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **記載日** | **/** | **/** | **/** |
| **・心不全手帳の活用** | **有/無** | **有/無** | **有/無** |
| **・毎日体重測定しているか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
|  |  | **体重（　　）Kg** | **体重（　　）Kg** | **体重（　　）Kg** |
| **・毎日血圧測定しているか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
|  |  | **血圧（　　/　　）** | **血圧（　　/　　）** | **血圧（　　/　　）** |
| **・水分摂取について** | **制限（有/無）** | **制限（有/無）** | **制限（有/無）** |
| **摂取量** | **（　　 　）mL/日** | **（　 　　）mL/日** | **（　　 　）mL/日** |
| **・塩分の摂り過ぎに注意しているか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **・浮腫はあるか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **・口渇はあるか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **・食欲低下はあるか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **・息切れなど自覚症状はあるか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **・薬の飲み忘れはあるか** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** | **はい/いいえ** |
| **忘れるタイミング** | **（　　　　）** | **（　　　　）** | **（　　　　）** |
| **一包化** | **有/無** | **有/無** | **有/無** |
| **薬の管理者** | **（本人・家族・それ以外）** | **（本人・家族・それ以外）** | **（本人・家族・それ以外）** |
| **・その他** |  |  |  |



**＜注意＞ 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、福島赤十字病院（薬剤部　TEL:024-534-6101）に直接ご確認ください。**

**病院薬剤師記入欄　情報提供ありがとうございました。報告内容を確認し、主治医へ報告しました。**

**返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　対応薬剤師：**