



## 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
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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。	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師： _____

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 体重 ( ) Kg	はい/いいえ 体重 ( ) Kg	はい/いいえ 体重 ( ) Kg
・毎日血圧測定しているか	はい/いいえ 血圧 ( / )	はい/いいえ 血圧 ( / )	はい/いいえ 血圧 ( / )
・水分摂取について 摂取量	制限 (有/無) ( ) mL/日	制限 (有/無) ( ) mL/日	制限 (有/無) ( ) 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 忘れるタイミング 一包化 薬の管理者	はい/いいえ ( ) 有/無 (本人・家族・それ以外)	はい/いいえ ( ) 有/無 (本人・家族・それ以外)	はい/いいえ ( ) 有/無 (本人・家族・それ以外)
・その他			

啓 発 事 項	症状増悪時のサインと対応  本人、家族などが理解しているよう、 繰り返し啓発を行うべき共通言語	直ぐに受診を推奨 (レッドカード)	安静時の息苦しさ・夜間の咳（咳が出て眠れない・何もしないのに息苦しい） 起坐呼吸（横になると苦しいが、座ると楽になる） 血圧がいつもよりとても高い、または低い（浮遊感・眩暈を伴うもしくは倒れてしまった）
		予約を待たずに 早めの受診を推奨 (イエローカード)	1-2週間で2-3kgの体重増加 下肢のむくみ（元々あるときは、増悪した場合） 労作時の息切れが増加 休んでいても疲れる 食事の量が低下した、食欲が低下した

<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： \_\_\_\_\_