

八尾市立病院

八尾徳洲会総合病院

医真会八尾総合病院

医真会総合クリニック

安中診療所

心不全フォローアップシート【八尾薬薬連携版】

担当医： _____ 科 _____ 医師

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号： 患者氏名：	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号） 担当薬剤師名：
----------------	---

<退院時患者情報> ※目標値でなく目安として参考してください

退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	心不全入院歴： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2-3回 <input type="checkbox"/> 4回以上	
●体重： _____ kg	●飲水制限： _____ mL	●血圧： _____ / _____ mmHg
●心不全分類 LVEF（左室駆出率）： _____ %	<input type="checkbox"/> HFpEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他：	

※下記項目に関して情報提供をお願いします。

<服薬アドヒアランス状況>

確認方法	<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> テレフォンフォロー <input type="checkbox"/> 患者問い合わせ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
心不全 関連薬	<input type="checkbox"/> ACE 阻害薬・ARB・ARNI <input type="checkbox"/> β 遮断薬 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（頻度： <input type="checkbox"/> まれに <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 週3~4回 <input type="checkbox"/> それ以上） ※不良の理由： <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の誤り <input type="checkbox"/> 服薬拒否（詳細： _____ ） <input type="checkbox"/> 服薬困難 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 管理形態： <input type="checkbox"/> ヒート <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 服薬ケース

<心不全アセスメント>

・心不全手帳利用状況	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> たまに利用 <input type="checkbox"/> ほとんど利用していない <input type="checkbox"/> 持っていない
・息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（安静時/就寝時/労作時/具体的にあれば： _____ ）
・体重変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（直近の体重： _____ kg/測定日： _____ 月 _____ 日）
・食欲低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 割程度摂取）
・浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（全身/下肢/その他： _____ ）
・塩分過多	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・血圧測定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ / _____ mmHg）
・心不全に対する理解	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

<指導内容・情報提供・提案内容をご記入ください> ※緊急性のある問い合わせや報告は、疑義照会にてお願いします

--