

御中

報告日 年 月 日

心不全フォローアップシート兼トレーニングレポート(服薬情報提供書)

担当医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL FAX
患者氏名			担当薬剤師
聴取日時	月	日	時頃
対象	☐ 本人 ☐ 家族 ()		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を ☐ 得た ☐ 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

退院後再診予定: 年 月 日 前回心不全入院: 年 月 日

退院時体重: kg

● 薬を飲み忘れることはありますか？	☐ なし ☐ ほとんどなし ☐ 時々忘れる ☐ よく忘れる ()
● 塩分の摂り過ぎに注意していますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 汁物は1日1杯までにし、 麺類では汁をのこすようにしていますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 外食や加工食品を控えていますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 禁煙はできていますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 節酒はできていますか？ (目安: 日本酒1合、ビール500mL)	☐ はい ☐ いいえ
● 過労しないよう注意していますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 適切な運動はできていますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 毎日体重の測定を行っていますか？	☐ はい ☐ いいえ (kg)
● 毎日浮腫の確認を行っていますか？	☐ はい ☐ いいえ
● 体重はここ数日で急激に増えてないですか？	☐ はい ☐ いいえ
● 足のむくみはないですか？	☐ はい ☐ いいえ
● 労作時の息切れはないですか？	☐ はい ☐ いいえ
● 就寝時の呼吸苦はありませんか？	☐ はい ☐ いいえ
● 心不全増悪時の受診の目安を知っていますか？ (1週間で2kgの体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間・安静時の呼吸困難)	☐ はい ☐ いいえ
● NT-proBNPまたはBNP いずれかを○で囲み数値を記載	NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日) NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日)

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

【 医師記載欄 】

記入日 月 日 記入者