

# 心不全フォローアップシート

医仁会武田総合病院薬局

心不全の急性増悪を防ぎ、患者様のQOLを維持・向上させるためのものです。

来局時等の際に記入頂き、その都度当院薬局までFaxを送付ください。ご協力よろしくお願ひします。

報告日 年 月 日

かかりつけ薬局名		tel.	Fax.
施設名	医仁会武田総合病院	tel.075-572-6331	Fax.075-574-1202

患者番号	
患者氏名	
飲水制限	ml / 日
目標体重	kg
残薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フォローアップの対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他

## 【心不全徴候等の確認事項】

確認事項	あり	なし	点数
・ 目標体重の5%増	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点
・ 安静時息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点
・ 動作時の息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1点
・ むくみ 部位：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1点
・ 脈拍120回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1点
		合計点数	

合計点数が

6~9点

4~5点

3点

今すぐかかりつけ医に受診してください

翌日の外来に受診してください

1週間以内に受診してください

## 【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】