

フォローアップシート：心不全

報告日 年 月 日

FAX送信先：	FAX番号：	-	-
処方箋発行日 年 月 日	患者ID		
処方医 科 先生	患者氏名（イニシャル）		
	生年月日	年	月 日

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

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た 得ていない
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

1. 心不全管理（体重・飲水量）

・目標体重 _____ kg 不明 ・現在の体重 _____ kg
・飲水制限 _____ ml 不明 ・飲水制限 できている できていない

2. 受診タイミング合計点数

目標体重の5%（ _____ ）kg増量	あり（3点）	・ なし（0点）
安静時息切れ	あり（3点）	・ なし（0点）
動作時息切れ	あり（1点）	・ なし（0点）
むくみ	あり（1点）	・ なし（0点）
脈拍数120回/分以上	あり（1点）	・ なし（0点）
合計点数	点	

6～9点 : 今すぐかかりつけ医に受診
4～5点 : 翌日の外来に受診（主治医以外への外来でも受診必要）
3点 : 1週間以内に受診（主治医以外の外来でも可）

（上記点数をもとに行った指導内容）

3. 服薬状況（本人管理 家人管理 その他）

- ・薬をうっかり飲み忘れることがある (0.いいえ 1.はい)
- ・飲み忘れに気づいても、あえて飲まないことがある (0.いいえ 1.はい)
- ・調子がよいと薬を飲むことをやめることがある (0.いいえ 1.はい)
- ・体調が悪いと薬を飲むことをやめることがある (0.いいえ 1.はい)

（コンプライアンス不良の場合、理由を記載）

4. その他（治療上の悩みや相談したいこと、処方提案、副作用、飲水に関する問題などあれば記載）

--