

心不全フォローアップシート

患者氏名 : _____ 様 薬局名 : _____
 患者 ID : _____ TEL : _____
 生年月日 : _____ FAX : _____

●患者様より以下の内容の報告の 同意を得ました 同意を得ておりませんが必要と思い報告しました

●確認方法 薬局での聞き取り 電話 在宅訪問 その他 ()

●確認相手 ご本人 ご家族 その他 ()

入院時的心不全増悪因子 : 塩分の過剰摂取 過労作 感染症 服薬コンプライアンス不良 その他

退院時の体重 : _____ kg

記載日 _____ 年 / / / / /	/	/	/	/	/
・薬を飲み忘れる事はあるか？	なし	なし	なし	なし	なし
	週1回程度	週1回程度	週1回程度	週1回程度	週1回程度
	月1回程度	月1回程度	月1回程度	月1回程度	月1回程度
	()	()	()	()	()
・毎日体重を測っているか？	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
・塩分の摂りすぎに注意しているか？ (外食、漬物、麺類の汁等)	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
・毎日血圧、脈拍は測定しているか？	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
・むくみの悪化を感じるか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
・尿量の低下を感じるか？	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
・労作時の息切れはないか？	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
・就寝時の呼吸苦や横になると苦しくはないか？	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
・食欲の低下はないか？	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
・低血圧や頻脈、徐脈はないか？	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
・排尿時の痛みはないか？	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

申し送り事項（確認された問題点、療養指導の内容、セルフモニタリングの状況、患者理解度等）

日付	内容
・	・

チェックシートにご記入いただき、必要時に当院薬剤部までFAX送信をお願い致します。

春日部中央総合病院 薬剤部 TEL:048-736-1221 (代表) FAX: 048-736-1851