

## 心不全フォローアップシート

診療科: 科	保険薬局名:
処方医師名:	
患者 ID:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
処方箋交付年月日:	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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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。	

心不全治療薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告いたします。

服薬指導時  テレフォンフォローアップ時(本人・家族)  患者からの問い合わせ

【処方薬の服薬状況】 残薬情報、服薬管理の状況について

残薬 なし あり ( )

薬の飲み忘れ

なし 週に1回程度 月に1回程度

【セルフケア】

毎日体重測定を行っている 最新の体重( kg)

はい いいえ ( )

塩分の摂りすぎに注意しているか(麺類の汁、漬物、外食など)

はい いいえ ( )

節酒はできているか (目安:1日ビール500ml、日本酒1合まで)

はい いいえ ( )

禁煙はできているか

はい いいえ ( )

【心不全症状について】

横になると呼吸が苦しくなる、座ると軽減する(起坐呼吸)

あり なし ( )

普段より息が切れやすくなった

はい いいえ ( )

自覚症状を伴う低血圧

あり なし ( )

1~2週間で体重が2~3kg以上の増加

あり なし ( )

尿量の減少

あり なし ( )

足のむくみ

あり なし ( )

食欲低下

あり なし ( )

【その他の報告事項】(患者の理解度、指導の内容、セルフモニタリングの状況など)

--

《注意》服薬情報提供は、疑義紹介ではありません。疑義紹介・及び緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願いします。