

心不全フォローアップシート

診療科： 処方医師名：	科	保険薬局名：
患者 ID： 患者名： 処方箋交付年月日：		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 <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。