

退院時薬剤情報提供書(心不全)を受け取りましたら、次回来局時等にご記入頂き、毎回あるいは必要に応じてFAXをお願いします。
FAX番号:048-233-8785(ふれあい生協病院 薬剤科) 電話番号:048-233-8784

心不全フォローアップシート

処方医師名	
患者ID	
患者氏名	
心不全での前回入院	年 / ~ /
前回退院時の体重	kg

今回確認日	年 月 日
確認方法	<input type="checkbox"/> 来局時聴取 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要と判断し情報提供します

使用薬 (対象:2剤以上使用者)	<input type="checkbox"/> ARNI/ACE阻害薬/ARB <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	--

薬の飲み忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()
毎日体重測定の実施	<input type="checkbox"/> あり (kg 測定日: /) <input type="checkbox"/> なし
毎日浮腫の確認	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時あり(具体的に:) <input type="checkbox"/> 安静時あり
就寝時の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ
心不全増悪時の受診目安	<input type="checkbox"/> 知っている(退院時+3kgの体重増加、浮腫・息切れの悪化、夜間呼吸困難など) <input type="checkbox"/> 知らない
塩分過剰摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(漬物/汁物/加工食品/外食/その他:)
過労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原因・程度等:)
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 禁煙済み <input type="checkbox"/> 喫煙中(状況:)
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 節酒(目安:日本酒1合、ビール350mlまで) <input type="checkbox"/> 飲酒量が多い(状況:)
次回受診先	<input type="checkbox"/> ふれあい生協病院循環器科 ※他院はフォローアップシート送付の対象外です

医師へ伝えたい事項・薬剤師としての提案事項・報告事項等

貴施設名:

住所:

電話番号:

FAX番号:

担当薬剤師: