

慢性心不全患者に対するフォローアップについて（愛媛大学医学部附属病院薬剤部）

2025 年 2 月

〈記入例〉

御中		報告日 年 月 日	
心不全フォローアップシート兼レーシングレポート（服薬情報提供者）			
担当医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL FAX
患者氏名			担当薬剤師
聴取日時	月 日	時 分	この情報を伝えることに患者または家族の同意を
対象	☐ 本人 ☐ 家族 （ ）		☐ 得た ☐ 得ていないが、治療上重要と思われるため報告
退院後再診予定： 年 月 日		前回心不全入院： 年 月 日	
		退院時体重： kg	
● 薬を飲み忘れることはありますか？	☐ なし ☒ ほとんどなし ☐ 時々忘れる ☐ よく忘れる （ ）		
● 塩分の摂り過ぎに注意していますか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 汁物は1日1杯までとし、 種類では汁をのこすようにはしていますか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 外食や加工食品を控えていますか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 喫煙歴 *喫煙歴ありの場合	☐ あり ☒ なし		
● 禁煙はできていますか？	☐ はい ☐ いいえ		
● 飲酒歴 *飲酒歴ありの場合	☒ あり ☐ なし		
● 節酒はできていますか？ （目安：日本酒1合、ビール500mL）	☒ はい ☐ いいえ		
● 日常生活の動作に支障はありませんか？ （例）階段の昇降、買い物時の歩行など	☒ はい ☐ いいえ		
● 運動をする習慣はありますか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 毎日体重の測定を行っていますか？	☒ はい ☐ いいえ （ kg ）		
● 毎日浮腫の確認を行っていますか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 体重はここ数日で急激に増えていませんか？ （1週間で2kgの体重増加）	☒ はい ☐ いいえ		
● 足のむくみの悪化はないですか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 労作時の息切れの悪化はないですか？	☒ はい ☐ いいえ		
● 就寝時の呼吸苦はありませんか？	☒ はい ☐ いいえ		
【詳細情報・指導内容・処方提案など】 必要に応じてご記載ください			
【返信時記載欄】			
記入日 年 月 日		記入者	

*当シートの流れ 退院時病院→保険薬局:フォローアップ→当院薬剤部→コメント記載、診療録に記載(必要に応じて医師へフィードバック)→保険薬局
愛媛大学医学部附属病院薬剤部 Ver.1.0

【心不全フォローアップシートの使い方】

- ① フォローアップシートは、慢性心不全の患者さんにご使用下さい。
- ② 定期的（患者の状態に応じて適宜ご対応下さい）に電話等を用いてチェックシートの内容について聴取をお願いします。
- ③ 必要に応じて、詳細情報・指導内容・処方提案などの欄もご記載をお願いします。
- ④ チェックが終わりましたら、院外処方せん右側のお薬伝言板（保険薬局薬剤師からのコメント）の別紙として添付し、平日（8:30～17:00）愛媛大学医学部附属病院院外処方せん FAX コーナー（089-964-7458）へ FAXをお願いします。

* シートが不足された場合には、お手数ですがホームページより印刷してご使用下さい。

問い合わせ先：愛媛大学医学部附属病院薬剤部 （089-960-5738）