

心不全フォローアップシート兼トレーニングレポート(服薬情報提供書)

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	時頃
対象 ☐ 本人 ☐ 家族 ()			この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を ☐ 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杯までにし、 麺類では汁をのこすようにしていますか？	☐ 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ないですか？ (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 】

【 返信時記載欄 】

記入日 月 日 記入者