

心不全フォローアップシート

患者ID: _____ 指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____

患者氏名: _____ 薬局名 _____

主治医: _____ 薬剤師名: _____ 電話番号 _____

フォローアップ実施に対しての
医療機関の同意 ☐ 薬剤管理サマリーでの依頼 ☐ 北信総合病院DI室へ実施依頼済み

報告に際しての患者同意 ☐ あり ☐ なし

確認方法 ☐ 薬局での聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ その他

確認の相手 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他

心不全療養上の問題点と評価（該当するものにチェック）

心不全ノートの利用状況 （血圧・体重等の記録）	☐ あり ☐ なし ☐ 持っていない・紛失等 詳細:
☐ 残薬	コメント:
☐ 息切れ・呼吸苦	☐ 安静時 ☐ 労作時 ☐ 睡眠時 ☐ その他:
☐ 浮腫	コメント:
☐ 体重	kg 、 血圧 / mmHg
☐ 食事の問題点	☐ 塩分過剰 ☐ 水分過剰 ☐ 食欲低下 ☐ その他:
☐ 過労	コメント:
☐ 咳の増悪	コメント:
☐ 喫煙	コメント:
☐ 飲酒	コメント:
☐ その他の問題点:	

問題点に対するアセスメントと介入・その他報告事項

--