

心不全薬剤管理サマリー

御中

様の薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	年齢	身長	cm	
入院期間	~	主治医		
副作用・アレルギー歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細 :		
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅スタッフ <input type="checkbox"/> その他	詳細 :		
推奨調剤方法	<input type="checkbox"/> PTPなど <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他	詳細 :		
服薬管理方法	<input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ビルケース <input type="checkbox"/> その他	詳細 :		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり	詳細 :		
喫煙	<input type="checkbox"/> あり 本/日 歳 ~ 歳 <input type="checkbox"/> なし			
飲酒	<input type="checkbox"/> あり ml <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3程度 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> なし			
入院時および退院時の処方内容				
薬剤情報	入院時持参薬	退院時処方		
予後改善薬の処方状況				
<input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ <input type="checkbox"/> ARB/ <input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬				
その他 心不全治療薬				
<input type="checkbox"/> ペリキューボ <input type="checkbox"/> コララン <input type="checkbox"/> ジギタリス製剤 <input type="checkbox"/> その他				
心不全情報	薬歴			
	心不全ステージ	<input type="checkbox"/> C 現在又は過去に心不全症状を経験している方		<input type="checkbox"/> D 標準治療に抵抗性で入退院を繰り返す方
	左室駆出率 (LVEF)	%	日付	月 日
	心不全増悪の要因	<input type="checkbox"/> 水分・塩分管理の不徹底 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 疲労		
		薬剤性 原因薬剤 :	その他	詳細 :
	心不全指導を行った家族・関係者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	詳細 :	
	水分制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	mL/日	
	心不全/血圧手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細 :	
	栄養指導の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細 :	
	体重	入院時 Kg	退院時 Kg	
退院時身体所見	血圧 / mmHg	心拍数 bpm		
退院時検査データ	検査実施日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-ProBNP	pg/mL	Scr mg/dL	eGFR mL/min/1.73m ²
	BUN mg/dL	Na mEq/L	K mEq/L	
基礎心疾患・併存疾患	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋症 <input type="checkbox"/> 心アミロイドーシス <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス			
	<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> その他			
現状歴と入院中の経過				
啓発事項	症状増悪時のサインと対応 本人、家族などが理解しているよう、繰り返し啓発を行うべき共通言語	直ぐに受診を推奨 (レッドカード)	安静時の息苦しさ・夜間の咳（咳が出て眠れない・何もしないのに息苦しい） 起坐呼吸（横になると苦しいが、座ると楽になる） 血圧がいつもよりも高い、または低い（浮遊感・眩暈を伴うもしくは倒れてしまつ	
		予約を待たずに 早めの受診を推奨 (イエローカード)	1-2週間で2-3kgの体重増加 下肢のむくみ（元々あるときは、増悪した場合） 労作時の息切れが増加 休んでいても疲れる 食事の量が低下した、食欲が低下した	

※患者情報に関してご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

〒360-0197

埼玉県熊谷市 板井 1696

TEL 048-536-9900

FAX 048-536-9918

薬剤師



QRコードから当院薬剤部ホームページにアクセス出来ます。ホームページの様式より返書をダウンロードすることも可能です。