

作成日

# 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			
薬剤情報	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"/> ピルケース <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						
	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"/> ベリキューボ <input type="checkbox"/> コラン <input type="checkbox"/> ジギタリス製剤 <input type="checkbox"/> その他						
	薬歴						
心不全情報	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/1.73m2
	基礎心疾患・併存疾患	BUN	mg/dL	Na	mEq/L	K	mEq/L
		<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					
	現状歴と入院中の経過	<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					
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） 血圧がいつもよりとても高い、または低い（浮遊感・眩量を伴うもしくは倒れてしまっ				
		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

薬剤師

FAX

048-536-9918



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。