

心不全地域連携シート

記載日：20__年__月__日

病院名：

TEL：

FAX：

患者氏名			性別			年齢	歳									
患者番号 (ID)			生年月日	西暦	年	月	日									
ADL			詳細：													
介護保険	要介護 ()		要支援 ()		申請中		なし									
利用中のサービス	あり ()		なし													
基礎心疾患			詳細：													
心房細動合併	あり		なし		心不全入院歴		なし									
左室駆出率 (最終)		%	改善	不変	悪化	西暦	年	月 日								
診察日	西暦		年	月	日	前回受診	西暦									
全身状態	体重		kg	減少	不変	増加										
	血圧		mmHg	低下	不変	上昇										
	NYHA分類	I	II	III	IV	改善				不変	悪化	前回	I	II	III	IV
	脈拍		回/分													
	酸素飽和度		%													
検査データ																
□BNP/□NT-proBNP		pg/ml	低下	不変	上昇	前回		pg/ml								
Hgb		g/dL	低下	不変	上昇	前回		g/dL								
Scr		mg/dL	低下	不変	上昇	前回		mg/dL								
治療薬	薬剤名	用法	1日用量	治療薬	薬剤名	用法	1日用量									
ACE阻害薬またはARB			mg	MRA			mg									
ARNI			mg	SGLT2阻害薬			mg									
β遮断薬			mg	イバプラジン			mg									
利尿薬	ループ		mg	抗血小板薬 1			mg									
	サイアザイド		mg	抗血小板薬 2			mg									
	トルバプタン		mg	抗凝固薬			mg									
その他治療薬(重要なもの)																
飲水制限	あり		なし		飲水量	ml/日										
体重管理目標	至適体重		kg	* 体重__kg以上では利尿薬追加をお願いします												
* 1週間で2kg以上の体重増加、労作時の軽度息切れ、下腿浮腫などがある場合はかかりつけ医を受診ください																
* 症状増悪時やかかりつけ医での対応が困難な場合は当院循環器外来を早めに受診ください																
その他の診療情報																
次回 当院循環器内科 受診予定			西暦	年	月	日	担当医									