

経過報告シート

患者氏名：		(かな：)		(男・女)	
生年月日： 西暦		年	月	日	(歳)
目標体重：					
急性期病院 (病院名)			担当医		
かかりつけ医 (診療所名)			担当医		
受診施設	病院 ・ 診療所	病院 ・ 診療所	病院 ・ 診療所	病院 ・ 診療所	病院 ・ 診療所
診察日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
心不全の状態	改善 ・ 不変 ・ 悪化	改善 ・ 不変 ・ 悪化	改善 ・ 不変 ・ 悪化	改善 ・ 不変 ・ 悪化	改善 ・ 不変 ・ 悪化
身体所見	体重	kg	kg	kg	kg
	血圧	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	脈拍数	回/分	回/分	回/分	回/分
	酸素飽和度	%	%	%	%
症状	息切れ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	むくみ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	動悸	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
検査結果 (施行時)	BNP	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml
	NT-proBNP	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml
	*BNP、NT-proBNPはいずれか測定した方を記載				
	Hgb	g/dL	g/dL	g/dL	g/dL
	Scr	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
内服	変更	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	(内容)				
指導内容 (水分制限など)					
その他 (何かあれば)					
続きは新しいシートにご記入ください。					