

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
<p>副作用・アレルギー歴</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 詳細 :</p> <p>服薬管理者</p> <p><input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>同居家族 <input type="checkbox"/>別居家族 <input type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>在宅スタッフ <input type="checkbox"/>その他 詳細 :</p> <p>推奨調剤方法</p> <p><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 :</p> <p>服薬管理方法</p> <p><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 :</p> <p>服薬状況</p> <p><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 <input type="checkbox"/>その他 詳細 :</p>		
入院時および退院時の処方内容		
<p>入院時持参薬</p> <p>(利尿薬)</p> <hr/> <p>(利尿薬以外)</p> <hr/> <p>(利尿薬以外)</p> <hr/> <p>(利尿薬以外)</p> <hr/>		<p>退院時処方</p> <p>(利尿薬)</p> <hr/> <p>(利尿薬以外)</p> <hr/> <p>(利尿薬以外)</p> <hr/>
予後改善薬の処方状況		
<p><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</p>		
<p>未導入の場合の理由</p> <p>・薬剤の導入、中止理由 ・服薬支援上のポイント ・副作用観察上のポイント</p>		
<p>心不全ステージ</p> <p><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</p> <p>左室駆出率 (LVEF)</p> <p>%</p> <p>心不全増悪の要因</p> <p><input type="checkbox"/>水分・塩分管理の不徹底 <input type="checkbox"/>薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/>薬剤性 <input type="checkbox"/>その他 詳細 :</p> <p>心不全指導を行った家族・関係者</p> <p><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 :</p> <p>水分制限</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり mL/日</p> <p>心不全/血圧手帳の有無</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 詳細 :</p> <p>退院時身体所見</p> <p>血圧 / mmHg 心拍数 bpm 体重 kg</p> <p>退院時検査データ</p> <p><input type="checkbox"/>BNP <input type="checkbox"/>NT-proBNP pg/mL Scr mg/dL eGFR mL/min/1.73m²</p>		
<p>・基礎心疾患 ・特記すべき合併症・併存症 ・現状歴と入院中の経過 ・再入院予防対策の主なポイント</p>		
<p>啓発事項</p> <p>症状増悪時のサインと対応</p> <p>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った）</p> <p>予約を待たずに 1-2週間で2-3kgの体重増加 早めの受診を推奨 (イエローカード) 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</p>		
<p>その他</p> <p>担当医からのコメント</p> <p>・調剤後薬剤管理指導をお願いします</p>		

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

独立行政法人 国立病院機構 〒920-8650

金沢医療センター 地域連携室 石川県金沢市下石引町1番1号

TEL 076-262-4161 FAX 076-262-4188