

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"/> なし <input type="checkbox"/> あり		詳細：					
	服薬管理者	<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：					
	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 <input type="checkbox"/> その他		詳細：					
	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				
	(利尿薬)				(利尿薬)				
	(利尿薬以外)				(利尿薬以外)				
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									
未導入の場合の理由									
・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									
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院を繰り返す方				
	左室駆出率（LVEF）	%							
	心不全増悪の要因	<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：				
	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"/> なし <input type="checkbox"/> あり mL/日							
	心不全/血圧手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			詳細：				
	退院時身体所見	血圧 / mmHg		心拍数 bpm		体重 kg			
	退院時検査データ	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP pg/mL		Scr mg/dL		eGFR mL/min/1.73m2			
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）						
		予約を待たずに 早めの受診を推奨 （イエローカード）	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た）						
			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						
そ の 他	担当医からのコメント	・調剤後薬剤管理指導をお願いします							

※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 石川県金沢市下石引町 1 番 1 号
金沢医療センター 地域連携室

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