

高知県版 心不全申し送りシート (version 1)

患者氏名		性別 男・女	年齢 歳、西暦 年 月 日生
ID		介護保険 <input type="checkbox"/> あり(要) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	
基礎心疾患		冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> PCI歴 <input type="checkbox"/> CABG歴) <input type="checkbox"/> なし	
EF = %	心房細動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	人工弁置換 <input type="checkbox"/> あり(機械弁、生体弁、TAVI) <input type="checkbox"/> なし	
デバイス治療 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRT-P/D) <input type="checkbox"/> なし	ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
家族のサポート <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(状況詳細)	訪問看護 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
食事の準備 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他()	内服薬自己管理状況 <input type="checkbox"/> 自己管理可能 <input type="checkbox"/> 家族管理		
今回の心不全増悪因子 <input type="checkbox"/> 塩分摂取過剰 <input type="checkbox"/> 内服の中断・減量 <input type="checkbox"/> 感冒・その他感染症 <input type="checkbox"/> 活動過多 <input type="checkbox"/> その他()			

退院時データ	退院日 年 月 日	ACP実施	<input type="checkbox"/> あり(最終日付) <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人+家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ(本人の意思確認困難)	
血圧	/ mmHg	心停止時対応	<input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> full CPR <input type="checkbox"/> 未定
脈拍	拍/分 整・不整	最期を迎えたい場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院名) <input type="checkbox"/> 未定
<input type="checkbox"/> BNP		ACP内容(自由記載)	
<input type="checkbox"/> NT-pro	pg/ml		
胸部レントゲン	心胸郭比 %		
NYHA	I II III IV		
現在使用中の心不全関連治療薬種類：商品名、投与量	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬またはARB：		<input type="checkbox"/> 利尿薬：
	<input type="checkbox"/> β遮断薬：		<input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬：
	<input type="checkbox"/> MRA：		<input type="checkbox"/> 抗凝固薬：
	<input type="checkbox"/> ARNI：		<input type="checkbox"/> 抗血小板薬：
	<input type="checkbox"/> イバブラジン：		<input type="checkbox"/> 脂質異常症治療薬：
<input type="checkbox"/> 増量予定の内服薬あり：詳細		<input type="checkbox"/> 増量予定の内服薬なし	
(<input type="checkbox"/> 目標量まで当院外来で増量します <input type="checkbox"/> 貴院外来での増量をお願いします) ※減量・中止の際は当院までご相談ください。			
症状増悪時などの受診基準は下記参照		<体重管理目標> 至適体重 kg	
心不全ポイント自己管理用紙： <input type="checkbox"/> 使用あり(ポイント制受診相談基準参照) <input type="checkbox"/> 使用なし(高知県版心不全手帳参照)			
その他の連絡事項			

病院名： _____

記入者： _____