

服薬情報提供書（心不全フォローアップシート）

報告日： 年 月 日

患者ID			送り先	
患者氏名			施設名	
生年月日				
保険薬局名			医師名	
担当薬剤師			先生御侍史	
連絡先	電話番号		電話番号	
	FAX番号		FAX番号	
報告に際しての患者同意	☐ 同意を得られています ☐ 同意は得られていませんが必要と判断したため報告します			
聞き取り対象	☐ ご本人 ☐ 家族（続柄： ） ☐ その他：			確認日
確認方法	☐ 薬局での聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ その他：			

【服薬・副作用状況】

服薬状況	☐ 良好 ☐ 飲み忘れあり ☐ 自己調節 ☐ 服薬拒否 理由：
服薬管理者	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 別居家族 ☐ 施設 ☐ 在宅スタッフ ☐ その他：
調剤方法	☐ PTP ☐ 一包化 ☐ 簡易懸濁 ☐ 粉碎 ☐ その他：
服薬管理方法	☐ 薬袋 ☐ 服薬カレンダー ☐ 服薬ケース ☐ その他：
副作用が疑われるような症状の有無	☐ なし ☐ あり 詳細：

【心不全兆候・フォローアップ内容】

※太字はレッドカード

心不全手帳の利用状況		☐ 毎日利用 ☐ たまに忘れる ☐ 心不全手帳は持っていない ☐ 持っているが利用していない 理由：
心不全兆候	息切れ	☐ なし ☐ 労作時にあり 状況： ☐ 安静時の息苦しさ・夜間の咳 ☐ 起坐呼吸（横になると苦しいが、座ると楽になる）
	血圧	☐ 血圧がいつもよりとても高い、または低い（浮遊感・眩暈を伴うもしくは倒れてしまった） ☐ 左記の症状なし
	体重増加	直近の体重(kg) 測定日： ☐ 体重増加なし（1 kg未満） ☐ 体重増加あり → ☐ 1週間に1～2kgの増加 ☐ 1週間に2kg以上の増加 ☐ 数日で2～3kg
	下腿浮腫	☐ なし ☐ あり（元々ある時は、増悪した場合） 程度： ☐ 下腿以外の浮腫あり 部位：
	疲れやすさ	☐ なし ☐ 休んでいても疲れる 状況：
	食欲低下	☐ なし ☐ あり（食事の量が低下した・食欲が低下した）
増悪要因 悪化因子	塩分摂取過剰	☐ なし ☐ あり（汁物1日2杯以上、梅干・漬け物の摂取、麺類を週2回以上 ← 1つでも当てはまればそれに該当） ↑ありの場合は摂取状況の詳細：
	喫煙	☐ 喫煙なし ☐ 喫煙あり(頻度： 本・箱 / 日) → 禁煙指導をお願いします。

【問題点に対するアセスメントと介入・その他の報告事項】

--

-----返信欄----- (病院→保険薬局)

ご報告ありがとうございます。 ☐上記の報告内容を確認いたしました。 ☐提案の内容を参考に、以下の対応を致します。

--

年 月 日

医師名： _____