

ひなたの心不全フォローアップシート(3回用)

患者名	様		薬局名	
心不全入院歴	年 月 日 ~ 月 日			
体重	入院時: kg	退院時: kg		
左室駆出率(LVEF)による分類 測定日: /		LVEF: % ☐ HFrEF ☐ HFmrEF ☐ HFpEF		
20 年	/	/	/	申し送り事項・指導内容など
1.薬を飲み忘れることがあるか？ ● 用法の簡便化,不要な薬・残薬がないか確認,調剤方法について検討. ● 体の異常に気づいたら,自己判断せず,必ず医師や薬剤師相談するよう指導.	なし 週に1回程度 月に1回程度 ()	なし 週に1回程度 月に1回程度 ()	なし 週に1回程度 月に1回程度 ()	
2.毎日の体重測定を行っているか？ ● 直近の体重を確認. ● 2-3日で体重が2kg以上増加,あるいは増加傾向は早めの受診勧奨. ● 1週間で3%以上の意図しない体重減少は脱水を疑う.	はい・いいえ kg 測定日 /	はい・いいえ kg 測定日 /	はい・いいえ kg 測定日 /	
3.毎日の血圧測定を行っているか？ ● 目標値と直近の血圧,脈拍確認. ● 心不全の時は脈拍が早くなることがある.脈が急に速くなり,意識障害を伴う場合はすぐに受診勧奨.	はい・いいえ 収縮期 / 拡張期 脈拍 / 測定日 /	はい・いいえ 収縮期 / 拡張期 脈拍 / 測定日 /	はい・いいえ 収縮期 / 拡張期 脈拍 / 測定日 /	
4.塩分・水分の摂りすぎに注意しているか？ ● 1日6g未満目標.● 漬物や加工食品,外食は控える.汁物は1日1杯までにし,麺類では汁を残すようにする.栄養不足にも注意. ● 水分制限あれば遵守.それ以外は1000mL~1500mL/日.体重・浮腫確認.	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	
5.食欲のない日が続いているか？ ● 腹部臓器のうっ血により腸管蠕動運動低下をきたし食欲不振,悪心・嘔吐,便秘,腹部膨満感の症状がでる.早めの受診勧奨.	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	
6.足のむくみがあるか？ ● 指で足を10秒押した後,へこんだままだった足は足のむくみと判断する.早めの受診勧奨. ● 夕方だけの症状であれば経過観察.	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	
7-1.日常生活でも体がだるかったり息苦しさや息切れがあるか？ 7-2.横になると苦しい事があるか？	7-1 はい・いいえ 7-2 はい・いいえ	7-1 はい・いいえ 7-3 はい・いいえ	7-1 はい・いいえ 7-4 はい・いいえ	
● 7-1 早めの受診勧奨.動くとき息が切れるが安静ですぐに症状が落ち着くようであれば経過観察. ● 7-2 起坐呼吸(横になると苦しいが,座ると楽になる)であればすぐに受診勧奨.				
報告者				

情報提供はその都度受診した医療機関にお願いします. 3回分完了後に宮崎市郡医師会病院 薬剤科までFAXをお願いします.
宮崎市郡医師会病院 薬剤科直通FAX:0985-77-9130 2026年9月改訂