

# 服薬情報等提供書

FAX送信先:京丹後市立久美浜病院 薬剤部 宛

FAX番号 : 0772-82-1503

## 京丹後市立久美浜病院 心不全フォローアップシート

報告日 : 年 月 日

処方せん発行日 年 月 日	保険薬局 名称 所在地
病院名 : 京丹後市立久美浜病院	
処方医 :	
患者ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX番号 :
生年月日 : 年 月 日	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

### ●身体所見

・ 血圧 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

・ 体重 : \_\_\_\_\_ kg

### ●心不全の症状についての確認

確認する症状	評価		総スコア	点
	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (3点)		
目標体重 ( ) kg の 5% 増	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (3点)	6~9点	今すぐかかりつけ医を受診
安静時息切れ	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (3点)	4~5点	翌日の外来に受診
動作時息切れ	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (1点)	3点	1週間以内に受診
むくみ	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (1点)	0~2点	経過観察
脈拍数 120 回/分以上	<input type="checkbox"/> なし (0点)	<input type="checkbox"/> あり (1点)		

### ●服薬アドヒアランスの確認

良好

やや不良

不良

### ●提案事項

退院後、初回来局時から次回受診日の間（概ね中間付近）にテレフォンフォローを行い情報提供をお願いします