



FAX: 横浜市大センター病院薬剤部 045-253-5343

保険薬局→薬剤部/病棟担当→主治医

横浜市立大学附属市民総合医療センター 御中

報告日: 年 月 日  
フォロー日: 年 月 日

## 心不全薬薬連携情報共有シート

|                                                                                                                                |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| 患者ID: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                    | 保険薬局名: |  |
| 患者イニシャル:                                                                                                                       | TEL:   |  |
| 生年月日: 年 月 日                                                                                                                    | FAX:   |  |
| この情報を伝えることに對して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない                                                | 担当薬剤師: |  |
| <input type="checkbox"/> 主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告する                                                                     |        |  |
| フォローアップの対象: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他                               |        |  |
| 確認方法: <input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 |        |  |

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

| 確認事項             | 無                        | 有                        | 未確認                      | 詳細                                                                                     | 早期受診勧奨                                                             |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 残薬               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                        |                                                                    |
| 体重変動             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体重( )kg <input type="checkbox"/> 1週間に1~2kgの増加<br><input type="checkbox"/> 1週間に2kg以上の増加 | <input type="checkbox"/> 3日で3kg増加                                  |
| 血圧変動             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血圧( / )mmHg                                                                            | <input type="checkbox"/> 血圧がいつもよりとても高い、または低い<br>(ふらつき・めまいがする/倒れた)  |
| 労作時の息切れ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 安静時の息苦しさ<br><input type="checkbox"/> 起坐呼吸 |
| むくみ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 下腿浮腫増悪<br><input type="checkbox"/> 下腿以外の浮腫あり ( )              |                                                                    |
| 疲れやすさ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                        |                                                                    |
| 食欲低下             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                        |                                                                    |
| 塩分摂取過剰           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 汁物を1日2杯以上摂取、漬物・梅干しや麺類の頻回摂取 など                                 |                                                                    |
| 他院に受診・<br>処方された薬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                        |                                                                    |

その他の症状や問題点・セルフケア継続状況・症状の詳細 等:

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項:

本レポートに対する電話による返信を希望されますか? ☐ はい ☐ いいえ

&lt;注意&gt; FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のあるものは通常通り電話にてお願いいたします。

本レポートに対する電話による返信を希望されない場合でも、薬剤部より連絡を差し上げることがあります。

院内指標は薬剤部HPに掲載してあります。ご活用ください。

横浜市立大学附属市民総合医療センター 薬剤部

TEL:045-253-5740

薬剤部使用欄: ☐ コピー ☐ スキャンセンター ☐ FAX ☐ 電話 ☐ 担当: