

作成日 _____

(病院⇒薬局) 心不全薬剤管理サマリー

ID _____

様の薬学的管理事項について連絡申し上げます。

主治医 _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 胃機能 Cre: _____			
薬 剤 情 報	予後改善薬の処方状況 □ACE阻害薬 □ARB □ARNI □β遮断薬 □MRA □SGLT2阻害薬		
	未導入の場合の理由		
	・薬剤の導入、中止理由 ・服薬支援上のポイント ・副作用観察上のポイント		
心 不 全 情 報	心不全ステージ <input type="checkbox"/> 現在又は過去に心不全症状を経験している方 <input type="checkbox"/> 標準治療に抵抗性で入退院を繰り返す方		
	左室駆出率 (LVEF) _____ %		
	心不全増悪の要因 詳細： _____		
	水分制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ mL/日		
啓 発 事 項	症状増悪時のサインと対応	直ぐに受診を推奨 (レッドカード)	安静時の息苦しさ・夜間の咳 (咳が出て眠れない・何もしないのに息苦しい)
	本人、家族などが理解しているよう、繰り返し啓発を行うべき共通言語	予約を待たずに早めの受診を推奨 (イエローカード)	起坐呼吸 (横になると苦しいが、座ると楽になる)
			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)
			1-2週間で2-3kgの体重増加
			下肢のむくみ (元々あるときは、増悪した場合)
			労作時の息切れが増加
休んでいても疲れる			
食事の量が低下した、食欲が低下した			

※何かご不明な点があれば下記までご連絡ください

新潟県立十日町病院

〒948-0065 新潟県十日町市高田町3丁目南32番地9

TEL:025-757-5566 薬剤部FAX:025-752-4194

薬剤師による心不全服薬管理指導の手引き

(第1版) 参考