

報告日： 年 月 日

慢性心不全患者に係るチェックシート

※本チェックシートは広島県版トレーシングレポートと一緒に添付してFAXしてください。

患者ID：	
患者氏名：	
薬局名：	
担当薬剤師：	

●報告内容（報告する項目にチェック）

<input type="checkbox"/> 対応方法	<input type="checkbox"/> 来局時聴取	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 体重	現在の体重	kg（適正体重	kg）
<input type="checkbox"/> 体重の増減	<input type="checkbox"/> 急激な増加あり※1（ ）	<input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input type="checkbox"/> 残薬調節頻回	<input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
<input type="checkbox"/> 薬の管理者	<input type="checkbox"/> 患者自身	<input type="checkbox"/> 家族及び介助者	
<input type="checkbox"/> 管理方法	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 服薬カレンダー <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> セルフモニタリング	<input type="checkbox"/> 心不全手帳	<input type="checkbox"/> 血圧手帳	<input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 自覚症状を伴う低血圧	<input type="checkbox"/> あり（BP： / ）	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 頻脈	<input type="checkbox"/> あり（脈拍： 回/分）	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> むくみの悪化	<input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 息切れ、だるさなどの自覚	<input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 起坐呼吸※2	<input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし	
その他			

※1（例）3日間で2Kg以上、1ヶ月で5Kg増など

※2 体を横にすると呼吸困難感が生じ、座ると軽減する