

報告日：

## 【服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）】

<注意>このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします

担当医	循環器内科 先生 御机下	施設名・所在地
当院患者ID：		
患者氏名：		TEL： FAX：
生年月日：	年 月 日	担当薬剤師：
この情報を伝える上で、患者からの同意を		<input type="checkbox"/> 得た（代諾者続柄： ） <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します

該当する項目に、印団を付けて、FAXにてご連絡ください

<確認方法>  薬局での聞き取り  電話  在宅訪問  その他 ( )

<療養上の問題点>  服薬管理  セルフケア  体重増加  食事内容  病識・受診行動

その他 ( )

現時点での療養上の問題点は確認されませんでした

<確認項目>

key drug :  ACEi  ARB  ARNI  MRA  β阻害薬  SGLT2i  その他 ( )

残薬 :  飲み忘れない  時々忘れる（7-8割程度飲める）  忘れる

飲み忘れやすい薬剤・服用時点 ( )

服薬管理  自己管理  家族管理  その他 ( )

※コンプライアンス不良の場合は、服薬の重要性と飲み忘れ時の対処法について指導をお願いします

提案事項等については備考欄に記載してください

体重 ( kg ) :  前回（または退院時）より2-3kg増えた  前回（または退院時）と不变  
 数ヶ月単位で緩やかに減ってきている

血圧 ( / mmHg)

むくみ（部位： ）

労作時の息切れ  食欲低下  過労  ストレス

入浴状況：衛生を  保てている  保てていない => いずれかにチェックをしてください

便秘している： 緩下剤や整腸剤の処方  あり  なし => いずれかにチェックをしてください

<受診勧奨>

① 下記の症状に該当したため、患者さんに対し、すみやかに当院へ連絡の上、受診を促したことを報告します

安静時の息切れ  脈拍120/分以上への増加  心不全ポイント(退院時の設定体重)以上への体重増加

② 下記の症状に該当したため、患者さんに対し、直近の主治医外来への受診予約日変更を勧めたことを報告します

労作での息切れ  下腿のむくみ  食欲の低下

備考（必要に応じて記載してください。）