

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： 生年月日： 年 月 日	TEL： FAX： 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☐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：☐ 飲み忘れなし ☐ 時々忘れる（7－8割程度飲む） ☐ 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、服薬の重要性和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）と不変
☐ 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 ☐ 保っている ☐ 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。）