

心不全チェックリスト

このチェックリストは、ふだんの心不全のセルフケアをいっしょに確認するためのものです。

あてはまる数字に○をつけてください。

むずかしく考えず、今のあなたのようにすをそのまま教えてください。

実施日 年 月 日

名前

薬はきちんと飲めていますか	ほとんど飲まない 1	週の半分忘れる 2	週に1回忘れる 3	月に1回忘れる 4	きちんと飲んでいる 5
どんなときに息切れがありますか	動かなくても 1	家の中の移動で 2	外出時の歩行や家事で 3	坂道や階段をのぼると 4	息切れはない 5
食事はとれていますか	数口しかとれない 1	半分以下しか食べられない 2	食べられる量が少し減っている 3	食欲が少し落ちたが量はほぼ同じ 4	普段通り 5
減塩を心がけていますか	全く気にしない 1	思い出したときは時々控える 2	塩辛いものは控えている 3	味付けを薄くし加工食品を選ばない 4	外食でも減塩食を心がける 5
手洗い・うがいはしますか	まったくしない 1	時々する 2	半分はする 3	ほとんどする 4	必ずしている 5
むくみを確認していますか (浮腫みやすい場所：)	していない 1	週に1,2回する 2	週に半分はする 3	週に5回はする 4	毎日する 5
血圧は測定していますか	していない 1	週に1,2回する 2	週に半分はする 3	週に5回はする 4	毎日する 5
体重は測定していますか	していない 1	週に1,2回する 2	週に半分はする 3	週に5回はする 4	毎日する 5