



服薬情報提供書 (兼 心不全フォローアップシート)

報告日 年 月 日

施設名： 処方医：科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 報告に際しての患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 フォローアップの対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	薬剤師名：

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。  療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。

確認方法 薬局での聞き取り 電話 在宅訪問 その他

他院を受診・処方された薬 併用薬に問題なし 併用薬に問題あり 対応：

(例：NSAIDsの使用頻度が高く腎機能を考慮しカロナールに変更)

心不全チェックリスト

実施日 年 月 日

心不全セルフケアの評価にご活用いただき、心不全兆候を認めた場合、下記の受診基準も参考に緊急性の有無をご確認ください。

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

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

報告内容を確認いたしました。  提案の内容を考慮し、以下のような対応にいたします。

年 月 日

医師名：