＜心 不 全 情 報 シート＞　記入日：西暦　　年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 | | | | | | | | | | 生年月日  西暦 年　 月　 日 | | | | | 性別 |
| 男・女 |
| 患者ID | | | | | | | | 心不全診療　地域連携病院（下記より選択） | | | | | | | |
| 会津医療センター 0242-75-2100 | | | | | | | | 会津中央病院 0242-25-1515 | | | | 竹田綜合病院 0242-27-5511 | | | |
| 基礎心疾患　虚血性　　　弁膜症性　　　心筋症（拡張型/肥大型）　　　高血圧性  不整脈　　　不明　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併存疾患（既往歴）　高血圧　　糖尿病　　脂質異常　　脳梗塞（後遺症　無・有） | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 心房細動 | | | 無・発作性・持続性・永続性 | | | | | | | ペースメーカ　無・有（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 心エコー | | | 左室収縮率 %, AS , MR , TR , IVC | | | | | | | | | | | | |
| 冠動脈治療歴　無・PCI・CABG（治療内容など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院時・最終外来受診時データ（退院日/最終受診日：西暦 年 月 日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 ／ mmHg | | | | | | | | 脈拍 /min (整・不整) | | | | | 体重　　 kg | | |
| BNP / NT-pro BNP pg/ml | | | | | | | | | 胸部X線CTR % | | | | NYHA Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ | | |
| 腎機能 | Cre mg/dl | | | | | | eGFR | | | | Na mEq/L | | | K mEq/L | |
| 内服薬（薬品名・用量など） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACE-I/ARB/ARNI（　　　　　　　　　　　）β遮断薬（　　　　　　　　　　　　　　　）  利尿薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　）抗ｱﾙﾄﾞｽﾃﾛﾝ薬（　　　　　　　　　　　　　）  抗血小板薬（　　　　　　　　　　　　　　　）抗凝固薬（　　　　　　　　　　　　　　　）  SGLT-2-i（ｼﾞｬﾃﾞｨｱﾝｽ　　　　ﾌｫｼｰｶﾞ　　　　）血糖降下薬（　　　　　　　　　　　　　　）脂質治療薬（　　　　　　　　　　　　　　　）抗不整脈薬（　　　　　　　　　　　　　　）  その他心不全治療薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他注意点等 | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL（寝たきり度） | | | | | | J（自立/ほぼ自立）　 A（要介助）　 B(車いす)　  C（寝たきり） | | | | | | | | | |
| 認知症 | | 有：Ⅰ（ほぼ自立）　Ⅱ（意思疎通多少困難）　Ⅲ（意思疎通困難）  Ⅳ（常に介護必要）　（専門医療が必要）　（参考：長谷川式スケール　　　　点） | | | | | | | | | | | | | |
| 無 | |
| 認知機能の具体的問題点 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族背景（家族構成） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険申請　　　無　・　有　　（要支援　1　2　　要介護　1　2　3　4　5　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主介護者（代理意思決定者）・介護力・協力の程度 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者背景に関する特記事項（性格・特性など） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の思い　疾患の受け止め　理解度 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **退院後の注意点（受診・紹介基準）　以下項目のうち2つ以上あるときはご紹介ください** | | |
| 退院時から3kg以上の体重増加 | 夜間就寝中の息切れ | 下肢や体のむくみ |
| 1週間で 2kg以上の体重増加 | 労作時息切れ | 倦怠感・食欲低下 |

会津心不全情報シートVer.2