

心不全地域連携シート

ID/患者氏名		ID	/氏名	生年月日	年	月	日/	歳
身長:		cm/	ベスト体重:	kg (年	月	日)	居住地:
				キーパーソン:	介護保険 区分:			
病名	<input type="checkbox"/>	慢性心不全	EF <input type="checkbox"/> <40 <input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> 50 <	原疾患:				
			直近入院:	年	月	推定増悪因子 <input type="checkbox"/> 塩分過多 <input type="checkbox"/> 内服アドヒアランス <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> オーバーワーク <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/>	PCI歴/ 残存狭窄 \geq 75%	施行年月:	年	月	残存部位: LMT LAD LCX RCA	残存部位: LMT LAD LCX RCA (特記:)	
	<input type="checkbox"/>	AF	<input type="checkbox"/> DOAC <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> なし (理由:)			特記事項		
	<input type="checkbox"/>	CKD	Cr:	GFR:				
	<input type="checkbox"/>	高血圧	BP:	/	HR:	bpm		
	<input type="checkbox"/>	DM	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP1					
<input type="checkbox"/>	悪性腫瘍	* ありの場合→疾患名:						
内服薬								
<input type="checkbox"/>	ARNI / ACEi / ARB	<input type="checkbox"/> エンレスト(サビトリルバルサルタン) _____ mg <input type="checkbox"/> レニネース(エキサプレリル) _____ mg <input type="checkbox"/> その他ARB ()						
<input type="checkbox"/>	β -blocker	<input type="checkbox"/> アーチスト(カルベジニール) _____ mg <input type="checkbox"/> メンテート(ベソリアニール) _____ mg <input type="checkbox"/> その他 ()						
心不全基本薬	MRA	<input type="checkbox"/> アルダクトンA(スピロラクトン) _____ mg <input type="checkbox"/> セララ(エプレレノン) _____ mg						
<input type="checkbox"/>	SGLT2阻害薬	<input type="checkbox"/> フォシーカ(ダパグリフロジン)10mg <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/>	HCN4拮抗阻害薬 / sGC刺激薬	<input type="checkbox"/> コラン(イバフラシオン) _____ mg <input type="checkbox"/> ハリキートン(ハルシクアト) _____ mg						
<input type="checkbox"/>	利尿薬	<input type="checkbox"/> ラシックス(フロセミド) _____ mg <input type="checkbox"/> ターイート(アジセミド) _____ mg <input type="checkbox"/> ルゾラック(トラセミド) _____ mg <input type="checkbox"/> サムスカ(トルバプタン) _____ mg						

ID/患者氏名	ID	/氏名		生年月日	年	月	日/	歳													
かかりつけ医				フォロー施設																	
紹介の目安	・NYHA上昇, 胸水, ラ音 → 1つ以上で紹介 ・浮腫増悪, 体重増加傾向, BNP増加傾向 → 2つ以上で紹介																				
診 察	ベース	年	月	日	診察	年	月	日	診察	年	月	日	診察	年	月	日	診察	年	月	日	
	診察機関	かかりつけ医・フォロー施設		かかりつけ医・フォロー施設		かかりつけ医・フォロー施設		かかりつけ医・フォロー施設		かかりつけ医・フォロー施設		かかりつけ医・フォロー施設									
	NYHA	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	浮腫	あり(± + #)・なし		あり(± + #)・なし		あり(± + #)・なし		あり(± + #)・なし		あり(± + #)・なし		あり(± + #)・なし									
	体重	kg		kg		kg		kg		kg		kg									
	Hb																				
	Cr																				
	K																				
	BNP・NT-proBNP																				
	HbA1c																				
	EF	%		%		%		%		%		%									
	LVDd	mm		mm		mm		mm		mm		mm									
	LAD	mm		mm		mm		mm		mm		mm									
	コメント・変更点																				
身体活動能力指数	5-6Mets 階段昇りが遅い NYHA I		3-4Mets 100m歩行が遅い NYHA II		2-3Mets 自分で排泄・炊事ができない NYHA III		1.6Mets 自分で食事・洗面ができない NYHA IV		1Mets 楽に臥位になれない												