

「心不全地域連携シートの使用法」

心不全による再入院を防ぎ、より良い外来心不全管理を目指して、
患者情報を共有していきます。

愛知医科大学病院

2022.4.11

かかりつけ医から愛知医科大学病院への紹介基準

◆紹介の目安(1つ以上で紹介)

- ✓ NYHA分類上昇
- ✓ 胸水
- ✓ ラ音

◆紹介の目安(2つ以上で紹介)

- ✓ 浮腫増悪
- ✓ 体重増加傾向
- ✓ BNP増加傾向

基本情報の他に...

- ①心不全治療薬の投与状況
 - ②体重を含めたバイタルサイン
 - ③日常生活における活動量
- などをご記載ください。

No. 1

| 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/ | | バスト体重: 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"/> 増分過多 <input type="checkbox"/> 内臓71*1751 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> トリ-ウ-ク <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | PCI歴/ 残存狭窄≧75% | 施行年月: 年 月 | | 冠動脈: 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"/> 抗凝固 <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 | □ エンビ(サレトリン) mg | | □ レバ(ソラズリ) mg | | □ その他ARB () | | | |
| <input type="checkbox"/> | β-blocker | □ アスタ(メタソロドール) mg | | □ メチテ(ベリアール) mg | | □ その他 () | | | |
| 心不全基本薬 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | MRA | □ フルガ(フルメタゾン) mg | | □ エラ(エプレノン) mg | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SGLT2阻害薬 | □ フル(ダパグリフロジン) 10mg | | □ その他 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | HCN4拮抗阻害薬 / sGC刺激薬 | □ フル(イブサラン) mg | | □ フル(アムリグ) mg | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 利尿薬 | □ フル(フロセミド) mg | | □ フル(アセト) mg | | □ フル(トラスチド) mg | | □ フル(タム) mg | |

No. 2

| |
|-------------|
| 日/ 歳 |
| 年 月 日 |
| つげ医・フォロー施設 |
| II III IV |
| 0(+ + +)・なし |
| kg |

| | EF | LVDd | LAD | コメント・変更点 |
|----------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| EF | % | mm | mm | |
| LVDd | mm | mm | mm | |
| LAD | mm | mm | mm | |
| 身体活動能力指標 | 5-6Mets 階段昇りが速い NYHA I | 3-4Mets 100m歩行が遅い NYHA II | 2-3Mets 自分で排泄・食事ができない NYHA III | 1.6Mets 自分で食事・洗面ができない NYHA IV |

参考文献: Abhigna Kolupoti, et al. Circ HF. 2021;14:e008403. 澤野 充明, 日本心不全学会 eLetter 2020年夏号

2021年12月作成: 第1.1版

【心不全地域連携シートは愛知医科大学病院HPの「地域医療連携のご案内」の「お知らせ」からダウンロードできます】

クリニック → 愛知医科大学病院 初めてご紹介の際は…

- A : 診療情報提供書(兼)受診依頼票
- B : 心不全地域連携シート(No. 1)
- C : 心不全地域連携シート(No. 2)

上記をFAXでご送付ください。

A：診療情報提供書（兼）受診依頼票

- 受診希望科
- 受診希望日
- 患者情報
- 紹介目的
- 傷病名
- 病状，治療経過等 **【簡単でかまいません】**

などをご記載ください。

診療情報提供書（兼）受診依頼票

令和 年 月 日

愛知医科大学病院
 受診希望科 _____ 科
 _____ 先生

| |
|-----------|
| 医療機関名 |
| 所在地 |
| 医師名 |
| TEL () - |
| FAX () - |

受診希望日① 令和 年 月 日 ()
 受診希望日② 令和 年 月 日 ()

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴 (有・無・不明) (愛知医大 ID: _____)

| | | | | |
|--|---|---------|----------|----------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | | |
| 住所 (事前紹介時のみ ご記入下さい) | 〒 | | | TEL () - |
| 保険情報 <small>保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です</small> | 保険者番号 | 子・障・母 | 前高・後高(割) | <input type="checkbox"/> |
| | 記号・番号 | 公費負担者番号 | | |
| | 続柄 | 本人・家族 | 公費受給者番号 | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 精査，診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 傷病名 (主訴) | | | | |
| 既往歴 | 薬物アレルギー (有・無) | | | |
| 病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 等 | | | | |

B : 心不全地域連携シート(No.1)

- 基本情報
- 心不全治療薬の投与状況

などをご記載ください。

No. 1

| 心不全地域連携シート | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|---|---|---|
| ID/患者氏名 | | ID | /氏名 | | 生年月日 |
| 身長: | | cm/ | バスト体重: | | 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: | |
| | <input type="checkbox"/> | PCI歴/ 残存狭窄 \geq 75% | 直近入院: 年 月 | 推定増悪因子 <input type="checkbox"/> 増分過多 <input type="checkbox"/> 内服7 ⁺ 7 ⁺ 7 ⁺ <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> オ ⁺ バ ⁺ ウ ⁺ ク <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | <input type="checkbox"/> | 施行年月: 年 月 | カ ⁺ ト部位: 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"/> カ ⁺ リ ⁺ <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 ⁺ シ ⁺ <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 ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺ 剤 ⁺ 名 ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg <input type="checkbox"/> その他ARB () |
| <input type="checkbox"/> | β -blocker | <input type="checkbox"/> ア ⁺ ベ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg <input type="checkbox"/> その他 () |
| 心不全基本薬 | MRA | <input type="checkbox"/> ア ⁺ ベ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | |
| <input type="checkbox"/> | SGLT2阻害薬 | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | 10mg | <input type="checkbox"/> その他() | |
| <input type="checkbox"/> | HCN4拮抗阻害薬 / sGC刺激薬 | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | |
| <input type="checkbox"/> | 利尿薬 | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) |
| | | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg | <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) | mg <input type="checkbox"/> エ ⁺ ン ⁺ ビ ⁺ ト(サ ⁺ ル ⁺ ト ⁺ リ ⁺ ル ⁺) |

C：心不全地域連携シート(No. 2)

- 体重を含めたバイタルサイン
- 日常生活における活動量

【2枚目のベースに紹介時の情報をご記載ください。】

などをご記載ください。

No. 2

| 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上段, 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 | | 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 | | 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 楽に臥位にならない | | | | | | | | | | | | |

参考文献：Abhigna Kolupoti, et al. Circ HF. 2021;14:e008408. 河野 充明. 日本心不全学会 eLetter 2020年夏号 2021年12月作成：第1.1版

愛知医科大学病院 → クリニック 初めてご紹介の際は・・・

- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・心不全地域連携シート(No. 1)
- ・心不全地域連携シート(No. 2)

**【No. 2のベースに退院時の情報、
紹介時の情報を記載します。】**

上記をFAXで送付いたします。

診療情報提供書
0000007112

病院
愛知医科大学病院

No. 1

| 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/ | バスト体重: | kg (年 月 日) | 居住地: | キーパーソン: |
| <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: | 介護保険 区分: |

No. 2

| 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, フラガ → 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 |
| | NYHA | 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 |
| | 体重 | kg | kg | kg | kg |
| | Hb | | | | |
| | Cr | | | | |
| | K | | | | |
| | BNP・NT-proBNP | | | | |
| | HbA1c | | | | |
| EF | % | % | % | % | |
| LVDd | mm | mm | mm | mm | |
| LAD | mm | mm | mm | mm | |
| コメント・変更点 | | | | | |
| 身体活動能力指数 | 3-Mets 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・衣事ができない NYHA III | 1.6Mets 自分で食事・洗濯ができない NYHA IV | 1Mets 薬に臥位になれない |

14日

>

参考文献: Abhigna Kalupoti, et al. Circ HF. 2021;14:e008403. 浮野 亮明. 日本心不全学会 eLetter 2020年夏号 2021年12月作成: 第1.1版

クリニック再診時の活用方法は・・・

・記載済み心不全地域連携シート(No.2)

【No.2のベースに続いて情報を

受診ごとに追記しFAXご送付ください。】

◆地域医療連携室 FAX:0561-65-0225

| 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 |
| | 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 |
| | 体重 | kg | kg | kg | kg | kg |
| | Hb | | | | | |
| | Cr | | | | | |
| | K | | | | | |
| | BNP・NT-proBNP | | | | | |
| | HbA1c | | | | | |
| | EF | % | % | % | % | % |
| | LVDd | mm | mm | mm | mm | mm |
| | LAD | 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 薬に臥位になれない |

愛知医科大学病院へ再紹介の際は・・・

- 診療情報提供書(兼)受診依頼票

【病状, 治療経過等は簡単でかまいません】

- 記載済み心不全地域連携シート(No.1)

- 記載済み心不全地域連携シート(No.2)

**【No.2のベース, クリニック再診時の情報に
続いて紹介時の情報を追記ください。】**

上記をFAXでご送付ください。

| 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 |
| | 診療機関 | 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 |
| | 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 |
| | 体重 | kg | kg | kg | kg | kg |
| | Hb | | | | | |
| | Cr | | | | | |
| | K | | | | | |
| | BNP・NT-proBNP | | | | | |
| | HbA1c | | | | | |
| | EF | % | % | % | % | % |
| | LVDd | mm | mm | mm | mm | mm |
| | LAD | mm | mm | mm | mm | mm |
| コメント・変更点 | | | | | | |
| 身体活動能力指数 | 5-6Mets 階段昇りが難しい NYHA I | 3-4Mets 100m歩行が難しい 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 薬に臥位になれない | |