



高知県 心不全 申し送りシート

記載日:

患者名:

性別:

年齢:

生年月日:

施設名

担当者 様 いつも大変お世話になっております。心不全に関する情報を提供させていただきます。今後の増悪を予防するための管理・指導にお役立ていただけますと幸いです。

入院日: _____ 退院日: _____

入院体重: _____ kg (測定日: _____) 退院体重: _____ kg (測定日: _____) 身長: _____ cm

退院時の所見	左室機能 (EF) : _____ % (検査日: _____) 備考:
	BNP / NT-pro BNP: 入院時 _____ pg/dl (検査日: _____) 退院時 _____ pg/dl (検査日: _____) 備考:

心不全の原因疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋疾患 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> その他 ()	生活要因 <input type="checkbox"/> 服薬管理の不徹底 <input type="checkbox"/> 塩分過多 <input type="checkbox"/> 水分過多 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 活動過多 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> その他 ()	併存疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()	冠動脈疾患治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> CABG 不整脈治療 <input type="checkbox"/> アブレーション 弁膜症治療 <input type="checkbox"/> あり ()	非薬物治療 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 【設定】 <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> ICD *遠隔モニタリング機能: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HOT 酸素設定: <input type="checkbox"/> NPPV/ASV
---	---	---	---	--

薬物治療 ※ 病状安定には治療の継続が大切です。治療薬を継続できているかを確認してください。 心臓保護薬 <input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> ACE阻害薬 () / <input type="checkbox"/> ARB () <input type="checkbox"/> β遮断薬 (<input type="checkbox"/> ビソプロロール <input type="checkbox"/> カルベジロール) <input type="checkbox"/> MRA (<input type="checkbox"/> スピロノラクトン <input type="checkbox"/> セララ <input type="checkbox"/> ミネプロ) <input type="checkbox"/> SGLT-2阻害薬 (<input type="checkbox"/> フォシーガ <input type="checkbox"/> ジャディアンス <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ヘルイシグアト <input type="checkbox"/> イバブラスン 利尿薬 <input type="checkbox"/> ループ利尿薬 <input type="checkbox"/> トルバプタン <input type="checkbox"/> サイアザイド <input type="checkbox"/> その他 () 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> ワーファリン 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> エフィエント <input type="checkbox"/> シロスタゾール その他 () その他 <input type="checkbox"/> ()	内服薬の管理方法 管理者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () 調剤方法 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> ヒート <input type="checkbox"/> 日付記載 <input type="checkbox"/> その他 () 管理方法 <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> お薬ボックス <input type="checkbox"/> その他 () 服薬状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

生活情報 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居人あり <input type="checkbox"/> 家族の協力あり (主介護者: _____) <input type="checkbox"/> 家族の協力は得られ難い 介護保険認定 <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし 事業所: _____ 連絡先: _____ 担当: _____
介護保険サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 介護 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 看護 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 介護 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他

ACP (Advance Care Planning) 関連事柄 大切にしていること 生きかた (心情) ・譲れないこと 望む治療 / 望まない治療 その他:
--

高知県版心不全手帳

心不全ポイント自己管理ハートノート

相談先医療機関：

連絡先：

担当：

日常生活関連

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歩行耐久性: () m	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	転倒歴: <input type="checkbox"/> あり	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 頻度: 回	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> リハビリ	
IADL	備考				その他: <input type="checkbox"/> 認知機能低下が疑われる状態 【退院時】 MMSE: 点 HDS-R: 点	
掃除・洗濯					※ あくまでも疑いです。病状や治療の影響もあるため、生活で困ったことがあれば主治医にご相談ください。	
買い物・調理					理学療法士より:	
身体機能評価					担当:	
握力:	右 () kg	左 () kg				
SPPB :	バランス	点	立ち上がり	点		
	4m歩行	点	合計:	点		

食事関連

調理者	()	食事回数	回	1日水分量の目安：800～1200ml	
<input type="checkbox"/> 塩分過多				※ あくまでも目安です。	
<input type="checkbox"/> 食欲不振				心不全の重症度や年齢、体格などで異なるため、必要に応じて主治医にご相談ください。	
<input type="checkbox"/> BMI	< 18.5 kg/m ² (70歳未満) または < 20kg/m ² (70歳以上)			管理栄養士より:	
<input type="checkbox"/> 嚥下障害				担当:	
<input type="checkbox"/> 偏食					
<input type="checkbox"/> アルコール	週 () 回	() ml	種類 ()		

主治医より:	看護師より:
担当:	担当:
薬剤師より:	ソーシャルワーカーより:
担当:	担当:

記載者:

所属

名前