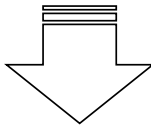


# 川口工業総合病院 心不全地域連携シート

ID/患者氏名 ID / 氏名		生年月日 年 月 日 歳	
身長: cm/ 退院時体重: ( 年 月 日 )		介護保険 区分:	
居住地:		キーパーソン:	
病名	<input type="checkbox"/> 慢性心不全 EF <input type="checkbox"/> <40 <input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> 50< 入院 直近入院 退院 ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 今後のPCI予定 ( )	原疾患: 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 ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 今後のPCI予定 ( )	① <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> RCA ステント部位 ② <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> RCA ③ <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> RCA	
	<input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> DOAC <input type="checkbox"/> ワーファリン <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"/> β-blocker <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> HCN4チャネル阻害薬 / sGC刺激薬 <input type="checkbox"/> 利尿剤	<input type="checkbox"/> エンレスト(サケビトリアルバルサンタン) mg <input type="checkbox"/> レニベース(エナラプリルル) mg <input type="checkbox"/> その他ARB ( ) <input type="checkbox"/> アーチスト(カルベジノール) mg <input type="checkbox"/> メインテート(ビソプロロール) mg <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> アルダクトンA(スピロノラクトン) mg <input type="checkbox"/> セララ(エプレレノン) mg <input type="checkbox"/> フォシーガ(ダバグリフロジン) 10mg <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> コララン(イバブラジン) mg <input type="checkbox"/> ベリキューホ(バルイソグアト) mg <input type="checkbox"/> ラシックス(フロゼミド) mg <input type="checkbox"/> ダイアート(アゾセミド) mg <input type="checkbox"/> ルブラック(トラゼミド) mg <input type="checkbox"/> サムスカ(トルバプタン) mg		
<input type="checkbox"/> 身体活動指数 <input type="checkbox"/> 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 食事摂取	<input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ウォーカー <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 介助可 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー ) とろみ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 不可		

\* 以下のような症状がありましたら  
紹介のご検討をお願いします



紹介の目安

1つ以上の症状

NYHA上昇  胸水  ラ音

又は

2つ以上の症状

浮腫増悪  体重増加傾向  BNP増加傾向