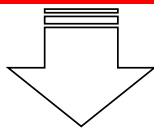


# 記入例

**※赤枠内はできる限りご記入をお願いします。**  
川口工業総合病院 心不全地域連携シート

ID/患者氏名 ID <b>当院使用欄</b> / 氏名 ○○ ○○○○		生年月日 ○○年○○月○○日 ○○ 歳		
身長: ○○○ cm/ 退院時体重: ○○kg ( ○○年○○月○○日 )		介護保険 区分: <b>要介護○</b>		
居住地: <b>川口市○○町○○丁目○○番地○○</b>		キーパーソン:	<b>長男:○○ 長女:○○</b>	
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:	
		入院 直近入院 退院	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 施行年月 ② 年 月 ③ 年 月	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	
		今後のPCI予定 ( )		
	<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	●●●●●● <b>クリニック</b> ○○○○○○○ 朝夕 1錠 △△△△△△ 毎食後 2錠			
心不全基本薬	<input type="checkbox"/> ARNI / ACEI / ARB	<input type="checkbox"/> エンレスト(サベトリルバルサンタン) 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"/> β-blocker	<input type="checkbox"/> アーチスト(カルベジロール) 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"/> MRA	<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"/> SGLT2阻害薬	<input type="checkbox"/> フォシーガ(ダハグリフロジン) 10mg <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> HCN4チャネル阻害薬 / sGC刺激薬	<input type="checkbox"/> コララン(イバブラジン) mg <input type="checkbox"/> ヘリキューホ(ベルインゲアト) mg		
	<input type="checkbox"/> 利尿剤	<input type="checkbox"/> ラシックス(フロセミド) mg <input type="checkbox"/> ダイアート(アゾセミド) mg <input type="checkbox"/> ルブラック(トラセミド) mg <input type="checkbox"/> サムスカ(トルバプタン) mg		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 身体活動指数			
	<input type="checkbox"/> 歩行補助具	<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"/> 食事摂取	<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	又は	2つ以上の症状
	<input type="checkbox"/> NYHA上昇 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 労音		<input type="checkbox"/> 浮腫増悪 <input type="checkbox"/> 体重増加傾向 <input type="checkbox"/> BNP増加傾向