保険薬局→薬剤部→主治医(スキャナ)

FAX:027-252-1499 薬剤部宛

報告日: 年 月 日

## 服薬情報提供書(兼 心不全フォローアップシート)

処方医		科	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師	
		先生		
患者 ID: 患者氏名: 生年月日:		様		
心不全フォローアップの結果を以下の通り報告します(実施日: / )  ・確認方法 □薬局での聞き取り □電話 □在宅訪問 □その他( )  ・対応者 □患者本人 □患者家族 □その他( )  ・患者同意 □情報提供に関して同意得た □同意は得てないが治療上必要と判断し報告				
確認項目	確認事項	コメント・特記事項		
	残薬/飲み忘れ			
	副作用症状			
	心不全手帳の記載			
	むくみ			
	労作時の息切れ			
	体重の変化			
	血圧/脈拍の変化			
	食欲低下			
【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項(他院受診による薬剤変更など)】				
□ 現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。 				
〈参考〉  当院循環器内科に連絡を推奨(黄色信号)  すぐに当院の受診を推奨(赤信号)				
			・安静時の息苦しさ、夜間の咳	
(指示された体重、または3日以内に2kg以上の増加)			(咳が出て眠れない、何もしないのに息苦しい)	
・下肢浮腫(元々ある場合は、症状増悪時)			・起坐呼吸 (横になると苦しくなり、起きると楽になる)	
・労作時息切れ(動いた時の息切れがいつも以上にある)			・血圧が平常時よりとても高い、または低い (浮遊感、眩暈を伴うもしくは倒れてしまった)	
<注意> 緊急性のある情報は処方医に電話にてお願いします。				
返信欄 返信欄 (病院→薬局)□報告内容を確認いたしました。□提案の内容を考慮し、以下のような対応をいたします。				