

心不全地域連携クリニカルパス（診療情報提供書）

作成日：西暦

年 月 日

紹介元：

担当医：

紹介先：

担当医：

先生御侍史

患者名：	性別：	年齢：	（生年月日 年 月 日）
心不全の原因病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心筋症（ ） <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 （維持透析 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群（ <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> ASV ） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
デバイス治療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD or P		
心機能	左室駆出率（EF） % （ 年 月 日）		
BNP/NT-proBNP （症状安定時） 腎機能	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP pg/ml （ 年 月 日） Cre mg/dl		
最終の心不全入院 退院時体重	年 月 日 ～ 年 月 日 kg 頓用利尿薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロセミド mg <input type="checkbox"/> その他（ ） 体重 kgを上回ったら1日1回上記を内服		
心不全治療薬	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB/ARNI <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SGLT2I <input type="checkbox"/> イバブラジン		
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法（ <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC）		
水分制限	<input type="checkbox"/> あり ml/日 <input type="checkbox"/> なし		
その他の注意点など			