心不全地域連携診療情報提供書

（別紙様式１１）

紹介先医療機関等名

担当医 　　　　　　科　　　　　　　　　　 殿

年　　　 月　　　 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　 印

|  |
| --- |
| フリガナ患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　様　（ID：　　　　　　　　）　　　性別：　　　　患者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |

|  |
| --- |
| 傷病名：デバイス 　 □ ペースメーカ　□ ICD　□ CTR-D/CRT-P □ その他（　　　　　　　　　）　主な併存症 □ 維持透析 □治療中の悪性腫瘍　□ CPAP/ASV/在宅酸素　□ 認知症  |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過及び治療経過 |
| 検査結果　※ 別紙添付（検査結果一覧） |
| 現在の処方　※ 別紙添付（または入力） |

|  |
| --- |
| 【心不全治療情報】心不全治療薬 （EF分類に基づき心不全の予後改善を期待しての処方です。できる限り継続お願いいたします） （LVEF　　　 　%、心不全 stage B・C・D ）□ ACEI/ARB/ARNI　 □ β遮断薬 □ ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 □ SGLT2阻害薬　（未導入の理由　： 　　　 　　　　　　　　　　　　）心不全の症状を和らげるための内服　（催不整脈作用などあり。症状や副作用に合わせて調整ください）□経口強心薬（ ）利尿薬　□ループ利尿剤（種類：　　　　　　　　　　　㎎） □トルバプタン（種類：　　　　　　　　　　　㎎）抗血栓薬　□ 抗血小板薬　　□ 抗凝固療法（□ワルファリン　□ＤＯＡＣ） 　 |
| 退院時体重　　　　　　　kg　（目標体重　□　退院時体重を維持　 □　 kg　）退院時BNP 　　　 　 pg/ml 　　NT-pro BNP 　　 pg/ml＜利尿薬 頓用指示＞* 体重 　 kg以上増加時に　フロセミド／アゾセミド/トルバプタン　 　　　㎎を追加内服
 |
| 日常生活指導　□塩分制限　6g/日、　□運動制限（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□飲水制限　（ ml/日）  |
| 介護保険申請　　　□　有　□　無　　　　　　　　介護サービス利用　□　有　□　無訪問看護　　　　　□　有　□　無 |
| 同居家族　□ 有（ )　□ 独居　 □ 施設入所（　　　　　　 　　 　　　　　） |
| キーパーソン（　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　電話番号:　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| 備考 |

備考 １．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　 ２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

 ３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。