

心不全地域連携クリニカルパス（連絡票兼診療情報提供書）

第 版 年

年 月 日

獨協医科大学日光医療センター 循環器内科

医療機関名：

患者氏名

日光医療センターID

医師名：

生年月日

※慢性心不全が悪化したと思われるときに、紹介状としてお使いください。

※処方内容（お薬手帳）や検査結果の添付もお願いします。

貴院（かかりつけ医）での診療内容に口チェックをお願いします。（記入できる範囲で結構です）

診察日	月 日	月 日	月 日
体重	kg	kg	kg
血圧 (mmHg)	/	/	/
脈拍数	拍/分	拍/分	拍/分
下腿浮腫	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
階段上りで息切れ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
平地歩行で息切れ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
安静時呼吸困難	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
心不全手帳などを利用した体重の自己管理	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
BNPまたはNT proBNP値	pg/ml	pg/ml	pg/ml
胸部レントゲン実施	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
体重設定変更	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
利尿薬変更	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
その他内服変更	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
バリエーション※	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有

貴院（かかりつけ医）からの診療情報提供

※治療内容や状態に変化があればご記入ください

次回日光医療センター受診予定あり（ 月 日） ・ なし

※バリエーションとは下記の理由などで予定外の受診をすることを意味します。

- ・ 労作時息切れ 浮腫 受診が必要な体重の増加
- ・ 脈拍が120回/分以上 不整脈
- ・ 安静時の息苦しさ