

服薬情報提供書（心疾患トレーニングレポート）

【担当医】	科	先生御机下
【処方箋交付日】	令和 年 月 日	
【患者氏名】	様	（患者 ID : ）
【生年月日】	年 月 日	

【保険薬局の名称】	
【所在地】	
【TEL】	【FAX】
【担当薬剤師】	印

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

【聴取方法】 ☐ 薬局から患者さんへ連絡 ☐ 患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ） ☐ 来局時

【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他介護者（ ）

【同意取得】 同意取得の有無を選択

☐ 療養上の問題点【 呼吸 ・ 血圧 ・ 体重 / 服薬管理 / 塩分管理 ・ 水分管理 / その他 】

☐ 療養上の問題点は確認されませんでした。

大項目	チェック項目	備考
自覚症状	息苦しさ	安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？（起坐呼吸が見られたら受診勧奨） ☐ なし ☐ 労作時にあり ☐ 安静時にあり ☒ 横になると苦しいが座ると楽になる
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があつて眠れないときは受診勧奨） ☐ なし ☐ 夜間以外にある ☒ 夜間に強い咳がある
	血圧・脈拍	ここ数日間の血圧・脈拍はいくつですか？（いつもよりとても高い/低い 頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨） ☐ 変化なし ☐ 高い日がある ☒ 頭痛がある ☐ 低い日がある ☒ ふらつく 収縮期： mmHg / 拡張期： mmHg / 脈拍： 回/分
	体重	現在の体重はいくつですか？（1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨） （ ） kg 【計測日： 】 ☒ ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	☐ なし ☐ あり （ ☐ 頓服の利尿剤の服用なし ☐ 頓服の利尿剤の服用あり ）
	服薬管理	薬剤管理者 ☐ 本人 ☐ 家族（関係： ） ☐ 在宅スタッフ（ ） ☐ 施設 ☐ その他（ ） 有害事象の発現 ☐ なし ☐ あり（事象： ） 飲み忘れの有無 ☐ なし ☐ 週1回程度 ☐ 週1回以上（理由： ） 併用薬 NSAIDs / 抗うつ薬 / その他（ ） OTC・サプリメント
塩分 / 水分	食事状況	☐ 問題なし ☐ 食欲不振（食量： ）
	塩分過剰摂取	☐ なし ☐ 外食（ 回 ） ☐ 漬物 ☐ スナック菓子 ☐ その他（ ） 慢性心不全患者の減塩目標は6g/日未満。外食・惣菜・漬物・干物・練りもの等加工食品/スナック菓子等の摂取が多い方は要注意。
	水分摂取量	☐ 制限なし ☐ 病院からの指示を守れている ☐ 500mlペットボトル6本以上 ☐ 500mlペットボトル1本以下
その他	生活状況の変化	☐ なし ☐ 倦怠感 ☐ 不眠 ☐ ストレス ☐ 過労（過活動）
	嗜好品	☐ 喫煙 ☐ 飲酒（飲酒量・頻度： ）

■ 詳細・指導内容

医療機関の返信欄 ※ 返信の際にご活用ください。

- ☐ 報告内容を確認しました。
- ☐ 報告内容を受け、下記のように対応します。