

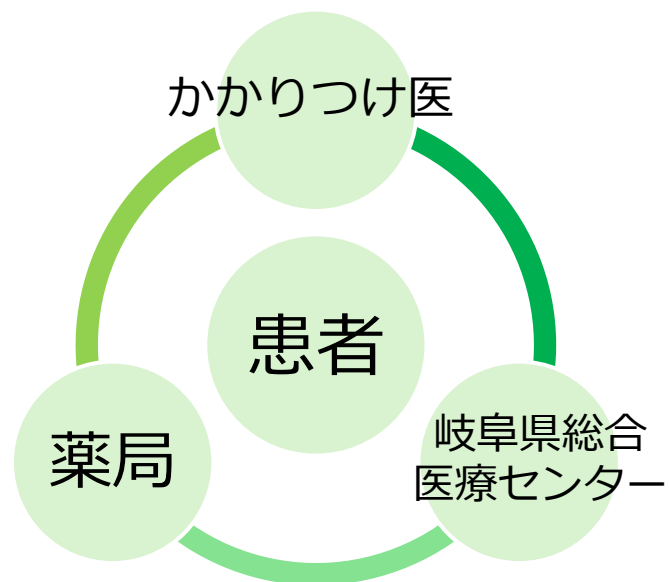
心不全パスの 薬局での運用手順

岐阜市薬剤師会
岡村 瑞穂

はじめに

【心不全パスにおける薬局の役割】

- ①パス患者の把握
- ②情報の入手
- ③フォローアップ
- ④医療機関への情報提供



1.パス患者 の発見

- 心不全パス対象患者のお薬手帳には➡
のクリニカルパスが
貼付されている

【役割】

- かかりつけ医や紹介元
医療機関を受診した際
の情報が記載される

心不全地域連携クリニカルパス（あゆみ心不全ネット）登録病院：岐阜県総合医療センター

患者氏名：	男 ・ 女	歳（ 年 月 日生）
あゆみ番号：	診療所/医師名：	

次回病院受診日 登録病院：岐阜県総合医療センター

管理目標体重：_____Kg（ 年 月 時点）	月 日	月 日	月 日
-------------------------	-----	-----	-----

	1か月		2か月	3か月	
	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
診察日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重 (kg)					
血圧 (mmHg)	/	/	/	/	/
脈拍 (/分)	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整
BNP/NTproBNP (pg/mL)					
薬剤の変更	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
信号機判定	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし

	4か月	5か月	6か月	
	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
診察日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重 (kg)				
血圧 (mmHg)	/	/	/	/
脈拍 (/分)	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整
BNP/NTproBNP (pg/mL)				
薬剤の変更	有・無	有・無	有・無	有・無
信号機判定	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし

情報提供欄(自由記載)

--

赤 じっとしていても息苦しい・夜間の強い咳・痰になると苦しくなる・血圧が低くふらふらする	患者署名：_____
黄 近頃体重から2kg以上の増加、減少・動いたときに息切れがする・足のむくみの悪化	
緑 疲れやすさ、だるさ・食欲低下・眠れない	医師署名：_____

医療従事者の皆さまへ

ご不明な点や追加の情報提供のご要望がございましたら、岐阜県総合医療センター 地域医療連携部（FAX：058-248-9334）までご連絡ください。

2.情報の 入手 (FAX)

- ・「情報共有シート」の共有を地域医療連携部に依頼する（FAX）

【役割】

- ・かかりつけ医に発行された「情報共有シート」を薬局にも送付していただく
* 患者の同意を取得する

FAX 送信票

岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 連携調整室 宛

あゆみ心不全ネット 専用シート

送信元 FAX 番号:

薬局名	
担当薬剤師	
連絡先 TEL	
メール	
内 容	☐ 薬剤情報 提供します * 薬剤名、薬用量の変更時。心臓に悪影響を及ぼす可能性がある薬剤が新たに処方された場合 ☐ 情報共有シート 希望します 【患者情報】 氏名: _____ 生年月日: _____ 住所: _____ ☐ 患者による情報提供書受領許可済 ☐ 不明点・ご意見・ご要望

【問い合わせ先】

岐阜県総合医療センター 総合サポートセンター地域医療連携部(連携調整室)

直通電話: 058-249-0017

直通 FAX: 058-248-9334

情報共有シート

表面【診療情報】

資料-2

岐阜心不全地域連携クリニカルパス（あゆみ） 診療情報共有シート

作成日： 年 月 日

紹介先： 紹介元：

担当医： 先生御侍史 担当医：

患者名：	性別： ☐ 男 ☐ 女	年齢： 歳 生年月日： 年 月 日
心不全原因病名	☐ 高血圧 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 心臓血管外科術後（ ） ☐ 弁膜症（ ☐ 大動脈弁狭窄症、 ☐ 大動脈弁閉鎖不全症、 ☐ 僧帽弁閉鎖不全症、 ☐ 僧帽弁狭窄症、 ☐ 三尖弁逆流） ☐ 心筋症（ ☐ 肥大型心筋症、 ☐ 拡張型心筋症、 ☐ アミロイドーシス、 ☐ サルコイドーシス） ☐ その他（ ）	
心機能	左室駆出率(EF) % (年 月 日) 心不全分類 ☐ HFpEF ☐ HFmrEF ☐ HFrEF	
合併症	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心房細動 ☐ 心室頻拍 ☐ 慢性腎臓病（ ☐ 維持透析） ☐ 睡眠時無呼吸症候群（ ☐ CPAP ☐ ASV） ☐ 呼吸不全・COPD（ ☐ HOT） ☐ 悪性腫瘍 ☐ 脳卒中後遺症 ☐ 認知症 ☐ その他（ ）	
デバイス治療	☐ なし ☐ ペースメーカー（ ） ☐ ICD ☐ CRTD/CRT-P	
最終心不全入院	年 月 日 ～ 年 月 日	
退院時(症状安定時) 体重	退院時体重(kg)： 血圧： / 脈拍： bpm	
心不全治療薬	RAS阻害薬	☐ ACE阻害薬 ☐ ARB ☐ ARNI 未使用理由 ☐ HFrEF以外 ☐ 低血圧 ☐ 腎機能低下 ☐ 高カリウム血症 (K) ☐ その他()
	β遮断薬	☐ ビソプロロール ☐ カルベジロール 未使用理由 ☐ HFrEF以外 ☐ 低血圧 ☐ 徐脈 ☐ その他()
	MRA	☐ スピロノラクトン ☐ ファイネレノン ☐ エサキセレン ☐ エプレレノン 未使用理由 ☐ HFrEF以外 ☐ 低血圧 ☐ 腎機能低下 ☐ 高カリウム血症 (K) ☐ その他()
	SGLT-2阻害薬	☐ ダバグリフロジン ☐ エンバグリフロジン ☐ その他() 未使用理由 ☐ 食欲不振 ☐ サルコペニア ☐ 尿路性感染症リスク ☐ その他()
	その他	☐ イバブラジン ☐ ベルシグアト ☐ ジギタリス
	利尿薬	☐ ループ ☐ トルパタム ☐ サイアザイド
	抗血栓薬	☐ 抗血小板薬 ☐ 抗凝固療法（ ☐ ワルファリン ☐ DOAC）
その他	注意点など	

裏面【生活情報】

岐阜 心不全地域連携クリニカルパス 生活情報提供シート

作成日： 年 月 日

患者名：	性別： ☐ 男 ☐ 女	年齢： 歳 生年月日： 年 月 日
心不全増悪因子	☐ 過活動 ☐ 塩分過多 ☐ 水分量過多 ☐ 脱水 ☐ 服薬アドヒアランス不良 ☐ 感染 ☐ その他() ☐ 医学的要因()	
アレルギー	☐ なし ☐ あり	
介入内容/対象者	☐ 栄養指導 () ☐ 薬剤指導 () ☐ 運動指導 ()	☐ キーパーソン： ☐ 精神的ケア・介入 ☐ 社会資源案内
退院時(症状安定時)身体所見	☐ 下腿浮腫 ☐ 息切れ ☐ 疲れやすさ ☐ 食欲低下 ☐ 不眠 ☐ 飲水量指示 ml/day 身体所見確認者： ☐ 本人 ☐ 本人以外(☐ キーパーソン ☐ その他) 患者希望： ☐ 自宅生活(訪問診療・看護 受け入れ ☐ 良 ☐ 不良) ☐ 施設入所 ☐ その他()	
内服管理	内服忘れ： ☐ なし ☐ あり(頻度) 自己中断歴： ☐ なし ☐ あり 方法： ☐ PTP ☐ 一匁化 ☐ ケース ☐ カレンダー 管理者： ☐ 本人 ☐ キーパーソン ☐ その他()	
社会状況	家族構成： ☐ 独居 ☐ 同居 介護保険 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☐ 要介護() 利用している社会資源 ケアマネジャー： 住宅環境	
食事状況	推定塩分量： g 調理者： ☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 宅配食 ☐ 調理しない(☐ 外食 ☐ 中食) 間食： ☐ なし ☐ あり(頻度 内容) 中食・外食： ☐ なし ☐ あり(頻度 内容) 飲酒： ☐ なし ☐ あり(頻度 内容) 食事指導実施者 ☐ 本人 ☐ 本人以外()	
運動状況	運動習慣： ☐ なし ☐ あり 運動内容： 至適心拍数： bpm 至適運動強度： watts/Borgスケール： 程度 点	
その他特記事項		

薬剤に関する情報はココ！

HADS：Hospital Anxiety and Depression Scale. 身体疾患を有する患者の抑うつ症状や不安症状の検査。21点満点で8点以下で不安・抑うつなし。11点以上症状あり。
 NRS：Numerical Rating Scale, 痛みなしを0, 「耐えられない痛み」を10とし, 痛みの程度を11段階で評価する。3以上で有意な痛み
 MMSE：Mini-Mental State Examination (認知症のスクリーニング検査) 30点満点で23点以下で認知症疑い

3.情報の提供

- かかりつけ医の処方で
心不全治療薬の用量や種類の変更、追加等があった時に
その内容を岐阜県総合医療センターに共有する

【役割】

- かかりつけ薬局から薬剤が
変更になった点と理由を
岐阜県総合医療センターに
情報提供する

FAX 送信票

岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 連携調整室 宛

あゆみ心不全ネット 専用シート

送信元 FAX 番号:

薬局名	
担当薬剤師	
連絡先 TEL	
メール	
内 容	☐ 薬剤情報 提供します * 薬剤名、薬用量の変更時。心臓に悪影響を及ぼす可能性がある薬剤が新たに処方された場合。 ☐ 情報共有シート 希望します 【患者情報】 氏名: _____ 生年月日: _____ 住所: _____ ☐ 患者による情報提供書受領許可済 ☐ 不明点・ご意見・ご要望

【問い合わせ先】

岐阜県総合医療センター 総合サポートセンター地域医療連携部(連携調整室)
直通電話: 058-249-0017
直通 FAX: 058-248-9334

服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】	科	先生御机下	【保険薬局の名称】
【処方箋交付日】	令和 年 月 日		【所在地】
【患者氏名】	様（患者ID： ）		【TEL】
【生年月日】	年 月 日		【FAX】
			【担当薬剤師】

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（ ）

【聴取内容】 同意取得等の有無を選択

☐ 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。

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？（起床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？（夜間に強い咳があっても寝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。

--

トレーシングレポートの
この欄に
処方変更内容と理由
を記載



変更となった処方箋の
コピーに変更になった
薬剤部分に印をつける



FAX送付票を含め
3つを病院にFAX

服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】	科	先生御机下	【保険薬局の名称】
【処方箋交付日】	令和 年 月 日		【所在地】
【患者氏名】	様（患者ID： ）		【TEL】
【生年月日】	年 月 日		【FAX】
			【担当薬剤師】

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？（起床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？（夜間に強い咳があって寝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

その他

併用薬については

トレーシングレポートの

ここにも項目あり

詳細

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。

【情報提供が必要なケース】

- 心不全治療薬の用量や種類の変更、追加等があった場合
- 特に以下に該当する場合は重要
→心臓に影響する可能性のある薬剤

例）

- NSAIDs
- 抗うつ薬
- 甘草を含む漢方



4.症状の 確認 (チェックシート)

- ・服薬指導・アフターフォローにも活用
 - * 自覚症状をチェックシートで相互確認
 - 受信判断を患者と共有

【役割】

- ・患者が受診行動の目安として使用する
 - * 退院時に記載内容について説明を受けている
 - * かかりつけ医にも送付されている

心不全セルフチェックシート

あゆみ番号：

患者氏名：

管理目標体重_____Kg

記載日：令和____年____月____日

こんな症状はありませんか？

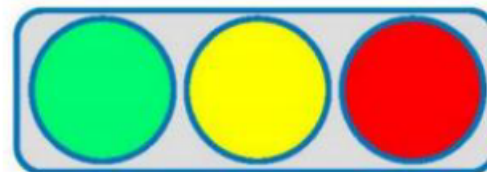
目標体重はココでCheck！

☐ 疲れやすい
☐ 食欲低下
☐ 眠れない

☐ 1週間以内の2kg以上の体重の増加・減少
☐ 動いたときに息切れがする
☐ 足のむくみの悪化

☐ じっとしていても息苦しい
☐ 夜間の強い咳
☐ 横になると苦しくなり、座ると楽になる
☐ 血圧が低くふらふらする

緑 → 通常の診察で相談
黄 → 早めにかかりつけ医受診
赤 → すぐに受診



5.フォローアップ (TR)

- ・フォローアップ時に、共有すべき情報を得た場合にはトレーシングレポートを作成して処方医に送る

【役割】

- ・患者の変化を医師へ伝えるツール
- ・「服薬による体調変化」や「患者の生活像」を共有

御中 【報告日】 令和 年 月 日

服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】 科 【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	先生御机下 【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？（起床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？（夜間に強い咳があっても寝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（ ）
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 ☐ 加工菓子 ☐ 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/加工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。

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】		

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（ ）

【聴取事項】 服薬指導の有無を記載

☐ 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	悪寒しき	安静にしているときに寒切れや悪寒しきはありますか？（起床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（ ）
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
	生活状況の変化	☐ なし ☐ 倦怠感 ☐ 不眠 ☐ ストレス ☐ 過労（過活動）
その他	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。

<保険薬局への注意> 服薬情報提供書による報告は、診療録ではありません。診療録や処方箋のある報告内容に関しては、適宜適時報告（薬剤師等の署名印）へ報告にてお願いいたします。

岐阜市薬剤師会作成

処方医に伝えたいことの
要点を記載

具体的にどのような状況なのか
を記載

心不全急性増悪の原因となる
生活習慣を網羅

* すべて埋める必要はありません

岐阜市薬剤師会作成

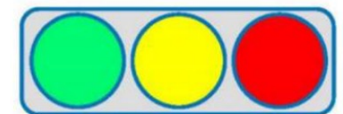
☐ 療養上の問題点【呼吸・血圧・体重 / 服薬管理 / 塩分管理・水分管理 / その他】

☐ 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？（起床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
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があっ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 （ ） OTC・サプリメント （ ）
塩分 / 水分	食事状況	アフターフォローは 受診と受診の間の情報 ➡患者に何が起きているのかが 相手に伝わるのが重要
	塩分過剰摂取	
	水分摂取量	
その他	生活状況の変化	多い方は要注意。
	嗜好品	

自覚症状の網掛け部分は
赤信号の自覚症状
➡「すぐに受診」に該当

心不全セルフチェックシート
の信号機とリンク



まとめ

★「あゆみ心不全ネット」

➡岐阜医療圏の心不全地域連携クリニカルパス

【岐阜医療圏】

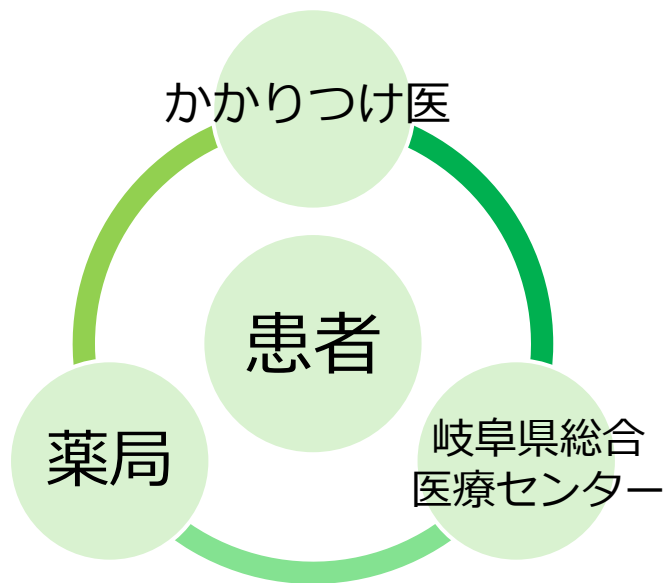
岐阜市 / 羽島市 / 各務原市 / 山県市 / 穂積市
本巣市 / 岐南町 / 笠松町 / 北方町

★薬局への「情報共有シート」の共有と

処方変更時の情報共有

➡岐阜県総合医療センターとの取り組み

Message



薬局は受診と受診の間を支える存在です。

病診薬が連携することで、心不全患者の症状の悪化や増悪による再入院が回避され、**患者の生活を地域で支えられる**ようご協力ください。

よろしくお願いします。