

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2.1版 2021年6月22日

市民病院 ID

A 藤沢市民病院循環器内科担当医 ⇒ かかりつけ医

生年月日

患者氏名

貴院（かかりつけ医 _____）
での定期的な診療をお願いいたします

基礎心疾患	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 弁膜症（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> _____ 型心筋症	<input type="checkbox"/> 高血圧
	<input type="checkbox"/> _____ 性心房細動	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
安定時左室駆出率（EF）	_____ %	
心不全増悪因子	<input type="checkbox"/> 飲水過多	<input type="checkbox"/> 食事・塩分過多
	<input type="checkbox"/> 内服薬中断・減量	<input type="checkbox"/> 感染症
	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
飲水量の目安は	1日 _____ ml 以下	

診察日	年	月	日
体重	_____ kg		
血圧	/	_____ mmHg	
脈拍数	_____ /分		
現在のNYHA分類	_____ 度		

検査結果は別紙を参照してください
<input type="checkbox"/> 血液検査
<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン
<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 心エコー図検査

内服薬の処方	<input type="checkbox"/> 貴院から	<input type="checkbox"/> 当院から
	<input type="checkbox"/> 処方によって貴院から（別記）でお願いします。	
継続処方必須と考えられる内服薬は		
<input type="checkbox"/> ACEI/ARB/ARNI	<input type="checkbox"/> β遮断薬	<input type="checkbox"/> MRA（目標収縮期血圧 < _____ mmHg）
<input type="checkbox"/> 適量の利尿薬	<input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> イバブラジン
<input type="checkbox"/> 脂質低下薬（目標LDL-C値 < _____ mg/dl）	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
至適体重は	_____ kg 台が至適	
※ 体重が数日間で2kg以上増加した場合、飲水量を制限した上で 屯用の利用薬（ _____ ）を服用させて下さい。 必要に応じて定時の利尿薬の用量を調整して下さい。		
受診の目安		
※ 体重が _____ kg以上で浮腫や労作時息切れを自覚する場合当日または翌日（平日） に貴院または当科外来を予約または予約外受診させてください。		
※ 脈拍が120回/分以上のときには当日または翌日（平日）に貴院または当科外来を予約 または予約外受診させてください。		
※ 安静時の息苦しさが見られる場合には当日に当院を救急受診させてください。		
外来予約する場合には平日9時から17時に循環器外来へご連絡ください TEL 0466-25-3111（代表） FAX 0466-25-3182（直通） 当日の緊急受診の場合にはハートラインをご活用下さい		
次回藤沢市民病院受診	予定あり（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）	・なし

その他藤沢市民病院担当医からの診療情報提供
<input type="checkbox"/> 変更が必要と考えられる内服薬は （ _____ ） 藤沢市民病院 循環器内科 医師名： _____