

# 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

**B 貴院（かかりつけ医） ⇒ 藤沢市民病院 循環器内科**

生年月日

患者氏名

※ この用紙は患者さまが慢性心不全手帳と共に保管し  
貴院での診療内容を記載の上、藤沢市民病院  
循環器内科再診の際に提示させていただきます。

診療所名	：	
医師名	：	

※ 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

にチェックをお願いします

診察日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧 (mmHg)	/	/	/	/	/	/
脈拍数	拍/分	拍/分	拍/分	拍/分	拍/分	拍/分
下腿浮腫	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<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	<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	<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	<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	<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	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	<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	<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	<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	<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	<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下さい。

次回藤沢市民病院受診予定あり（                      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。

- ・ 労作時息切れや浮腫を伴うなど受診が必要な体重の増加
- ・ 脈拍が120回/分以上
- ・ 安静時の息苦しさ