

服薬情報提供書【トレーシングレポート(心不全)】

処方医	科	先生御机下	フォローアップ実施日	年	月	日
患者ID			保険薬局名			
患者名	様	担当薬剤師		印		
		電話番号				
生年月日	年	月	日	FAX番号		

この情報を伝えることに対して同意を

得た → 患者本人 家族 その他()

得ていない → 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します

1. 服薬状況と服薬アドヒアランス（アドヒアランス不良と判断する場合は、その理由や改善策を記載）

管理方法： 一包化 PTP 配薬ケース/カレンダー

服薬管理者： 本人管理(支援者なし) 本人管理(支援者あり) 他者管理

服薬支援者： 家族(関係：) 薬局薬剤師 訪問看護師 その他()

飲み忘れ： 飲み忘れなし 時々忘れる(月2-3回) よく忘れる(週2-3回) ほとんど忘れる(週3回以上)

飲み忘れる時： 食事をとらない時 外出時 飲んだか分からなくなった時 その他()

服薬アドヒアランス不良となる要因や改善点：

2. 身体所見

血圧： / mmHg 脈拍： 回/分 → 自覚症状を伴う血圧低下・徐脈を認める

体重： kg

3. モニタリング項目

すぐに受診が必要な症状（レッドカード）	評価(ありの場合は発現時期を記載)	症状発現時期
起坐呼吸（横になると苦しいが、座ると楽になる）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
安静時の息苦しさ・夜間咳嗽	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
いつもより血圧がとても高い、または低い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
病状によって受診を考慮する症状（イエローカード）	評価	症状発現時期
体重増加（3日で2kg以上の増加）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	日間で+ kg
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
労作時の息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
食欲低下、食事量の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から

4. セルフケアの実践状況

塩分管理 良好 不良 (ガイドラインにおける塩分推奨量：1日6g未満 医師の指示も確認のうえで評価)

水分管理 良好 不良 (L/日 程度摂取) (水分制限の有無を医師からの指示も確認のうえで評価)

心不全手帳の記載 記載できている ときどき忘れる ほとんど書いていない 書いていない

5. その他（治療上の悩みや不安、服薬状況・有害事象の補足、心不全手帳の記載状況、処方提案など）

【返信欄】 情報提供ありがとうございます。

総合病院 土浦協同病院 返信日： 年 月 日 記入者： 印

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。
 緊急性のある問い合わせや、疑義照会は通常通り電話にて処方医へ確認お願いいたします