

心不全フォローアップシート

担当医： _____ 科 _____ 医師 報告日（西暦）： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号（8桁）： 患者氏名： 患者生年月日：	保険薬局 名称： 住所： TEL： _____ Fax： _____ 担当薬剤師： _____ 印
-------------------------------	--

聴取を行った状況 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 電話でのフォローアップ <input type="checkbox"/> 患者さんから相談時（薬剤交付日以降）
使用薬剤 <input type="checkbox"/> ACE阻害薬・ARB・ARNI <input type="checkbox"/> β 遮断薬 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SLGT2阻害薬 <input type="checkbox"/> その他 薬剤名記載欄（ _____ ）
薬剤管理者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 支援者
薬剤管理方法 <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> ビルケース
残薬の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
残薬の有無が有る場合 残薬が生じた理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の誤り <input type="checkbox"/> 処方日数が多いことによる積み重ね <input type="checkbox"/> 中断
飲み忘れによる残薬がある場合 頻度 <input type="checkbox"/> まれに <input type="checkbox"/> 週に1～2回 <input type="checkbox"/> 週に3～4回 <input type="checkbox"/> それ以上 理由 <input type="checkbox"/> 内服の時間がとれない <input type="checkbox"/> 飲んだかどうか分からなくなる <input type="checkbox"/> 内服のタイミングがつかめていない
食欲低下の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
尿量の変化の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
体重の大きな変動 （ベースライン \pm 2kg） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

その他の情報提供項目 <input type="checkbox"/> 心不全治療薬によると思われる有害事象の報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況の報告 <input type="checkbox"/> 心不全治療薬以外の薬剤と思われる有害事象の報告 <input type="checkbox"/> その他
情報提供内容・提案内容をご記入ください。

※このフォローアップシートは調剤後薬剤管理指導料加算に基づいた、保険薬局から担当医への報告です。
※緊急性のある問い合わせや報告は、各医師へ直接電話にてお願いします。
※フォローアップシートのFaxに対する返信等は行っておりません、次回処方への反映等をご確認ください。

薬剤部 確認者印

--