

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： _____ 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"/> SGLT2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"/> ピルケース	
残薬の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			

残薬の有無が有的場合					
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

--