

心不全フォローアップシート

患者氏名	ID	処方日： 年 月 日
生年月日： 年 月 日 【男・女】		保険薬局名：
診療科	処方医	電話番号：
		FAX番号：

来局時にフォローアップシートを記入いただき、当院薬剤部までFAX送信をお願いします。

大阪医科薬科大学病院 FAX：072-684-6599（薬剤部直通）

	評価日 /	評価日 /	備考欄 特記事項
飲み忘れる頻度はどの程度ですか	なし 週1回 月1回 その他 ()	なし 週1回 月1回 その他 ()	
薬剤数の多さに不満・不安の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
薬剤の服用しにくさ（嚥下）の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
めまい・ふらつき等、血圧に関連する副作用の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
その他副作用（ ）の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
体重増加に伴う不満・不安の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
金銭面に関する不満・不安の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
その他（ ）不満・不安の訴えは強いですか	1 2 3 4 5 弱 強	1 2 3 4 5 弱 強	
禁煙はできていますか	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
節酒はできていますか	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
定期的な体重測定はできていますか	はい ・ いいえ 体 重 : _____k g	はい ・ いいえ 体 重 : _____k g	
塩分の取り過ぎに注意していますか	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
浮腫の訴えはありますか	1 2 3 4 5 無 有	1 2 3 4 5 無 有	
労作時の息切れはありますか	1 2 3 4 5 無 有	1 2 3 4 5 無 有	
就寝時の呼吸苦やそれに伴う不眠はありますか	1 2 3 4 5 無 有	1 2 3 4 5 無 有	
その他症状（ ）の訴えはありますか	1 2 3 4 5 無 有	1 2 3 4 5 無 有	
その他伝達事項（自由記載欄）			

	評価日 /	評価日 /	備考欄 特記事項
服薬コンプライアンス（全体）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
服薬コンプライアンス（ARNI・ARB・ACEi）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
服薬コンプライアンス（β遮断薬）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
服薬コンプライアンス（MRA）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
服薬コンプライアンス（SGLT2i）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	
服薬コンプライアンス（その他）（ ）	1 2 3 4 5 悪 良	1 2 3 4 5 悪 良	