

★ヒアリングシート★

|         | 項目       | 質問事項 *の症状に当てはまる場合には受診勧奨                                   | 回答  | 解説   |
|---------|----------|---|---|--|
| 自覚症状    | 呼吸       | 安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？<br>*横になると苦しく、座ると楽になる場合は早急な受診を勧奨 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   | <b>すぐに受診</b><br>安静時の息切れ・息苦しさ、起坐呼吸が見られたら急性増悪のサインです。受診を促しましょう。                       |
|         | 咳        | 咳はありますか？<br>*夜間に強い咳があって眠れないときは早急な受診を勧奨                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   | <b>早めの受診</b><br>肺に血液が溜まると余分な水分を排出しようとするため咳がでやすくなります。夜間に強い咳があって眠れないときは受診を促しましょう。    |
|         | 血圧<br>脈拍 | ここ数日間の血圧・脈拍はいくつでしたか？<br>*いつもよりとても高いor低いためふらつき等がある         | / mmHg<br>拍/分   | <b>受診</b><br>高血圧状態の持続は心臓に負担がかかります。いつもと比べてとても高い場合は早めの受診を、低くてふらつきがある場合はすぐの受診を促しましょう。 |
|         | 体重       | 現在の体重はいくつですか？<br>*1週間で2kg以上増えている場合は早急な受診を奨励               | kg  | <b>早めの受診</b><br>1週間で2kg以上の体重増加がみられるときは、症状増悪のサインです。受診を促しましょう。                       |
|         | 浮腫       | すねを10秒指で押してください。へこんでいますか？                                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>利尿剤の服用状況確認   | <b>早めの受診</b><br>ありの場合は、利尿剤の服用状況を確認します。浮腫が解消されるよう、適切な利尿剤の服用を促します。                   |
| 塩分 / 水分 | 食事       | 食事の量はいつもと比べてどのくらいですか？                                     | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不振   | 食欲不振はフレイルにつながります。<br>食事を楽しめる範囲で栄養管理を行いましょう。  |
|         | 塩分       | 最近、どのようなものを食べましたか？外食の頻度は？                                 | <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 漬物<br><input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> その他 | 慢性心不全患者の減塩目標は1日6g未満。外食・惣菜が多い/漬物・加工食品/スナック菓子等の摂取が多い方は要注意。                           |
|         | 水分       | 水分はこまめに摂っていますか？ペットボトル何本分ですか？                              | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適<br>ペットボトル( )本  | 軽症では水分制限は不要です。<br>過剰:ペットボトル6本以上/少なすぎる:ペットボトル1本以下                                   |
| その他     | 生活       | 最近よく動いたり、疲れが取れないことはありますか？                                 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 過活動  | 運動強度の目安：息切れをせずに会話ができる程度。<br>布団干し/大掃除/畑仕事は過活動につながることも。                              |
|         | 禁煙       | (喫煙者の場合) 禁煙できていますか？何本吸いますか？                               | <input type="checkbox"/> できてる <input type="checkbox"/> 出来てない  | 禁煙は絶対。禁煙外来なども検討しましょう。  |
|         | 節酒       | 最近、1日に何をどれくらい飲みますか？                                       | ( )を( )くらい  | ビール 中瓶1本 / 日本酒 1合 / アルコール量として20g程度まで<br>*アルコール量(g)=飲料容量(ml)×アルコール度数(%)×0.8(比重)     |

\*できていない部分について具体的に指導を行い、次回服薬指導時にも確認しましょう。

\*セルフケア能力の向上による生命予後・QOLの改善を目指して本人・家族に介入していきましょう。