

# 心不全パスの 薬局での運用手順

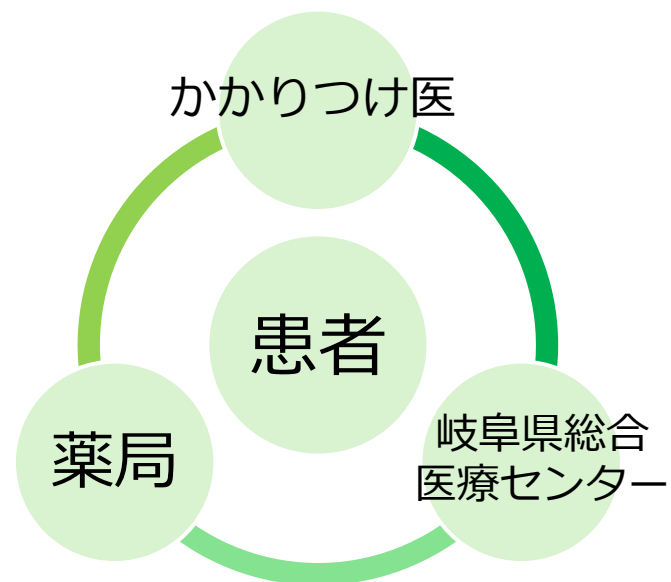
---

岐阜市薬剤師会  
岡村 瑞穂

# はじめに

## 【心不全パスにおける薬局の役割】

- ①パス患者の把握
- ②情報の入手
- ③フォローアップ
- ④医療機関への情報提供



# 1.パス患者の発見

- 心不全パス対象患者のお薬手帳には➡のクリニカルパスが貼付されている

## 【役割】

- かかりつけ医や紹介元医療機関を受診した際の情報が記載される

心不全地域連携クリニカルパス（あゆみ心不全ネット）登録病院：岐阜県総合医療センター

患者氏名：	男・女	歳（ 年 月 日生）
あゆみ番号：	診療所/医師名：	

次回病院受診日 登録病院：岐阜県総合医療センター

管理目標体重：_____Kg（ 年 月 時点）	月 日	月 日	月 日
-------------------------	-----	-----	-----

	1か月		2か月	3か月	
	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
診察日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重 (kg)					
血圧 (mmHg)	/	/	/	/	/
脈拍 (/分)	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整
BNP/NTproBNP (pg/mL)					
薬剤の変更	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
信号機判定	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし

	4か月	5か月	6か月	
	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
診察日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重 (kg)				
血圧 (mmHg)	/	/	/	/
脈拍 (/分)	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整
BNP/NTproBNP (pg/mL)				
薬剤の変更	有・無	有・無	有・無	有・無
信号機判定	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし	赤・黄・緑・なし

情報提供欄(自由記載)

赤 じっとしていても息苦しい・夜間の強い咳・痰になると苦しくなる・血圧が低くみられる  
 黄 理想体重から2kg以上の増加、減少・動いたときに息切れがする・足のむくみの悪化  
 緑 疲れやすさ、だるさ・食欲低下・眠れない

患者署名： \_\_\_\_\_

医師署名： \_\_\_\_\_

医療従事者の皆さまへ

ご不明な点や追加の情報提供のご要望がございましたら、岐阜県総合医療センター 地域医療連携部（FAX：058-248-9334）までご連絡ください。

## 2.情報の 入手 (FAX)

- 「情報共有シート」の共有を地域医療連携部に依頼する (FAX)

### 【役割】

- かかりつけ医に発行された「情報共有シート」を薬局にも送付していただく  
\* 患者の同意を取得する

### FAX 送信票

岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 連携調整室 宛

### あゆみ心不全ネット 専用シート

送信元 FAX 番号:

薬局名	
担当薬剤師	
連絡先 TEL	
メール	
内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報 提供します * 薬剤名、薬用量の変更時。心臓に悪影響を及ぼす可能性がある薬剤が新たに処方された場合 <input type="checkbox"/> 情報共有シート 希望します 【患者情報】 氏名: _____ 生年月日: _____ 住所: _____ <input type="checkbox"/> 患者による情報提供書受領許可済 <input type="checkbox"/> 不明点・ご意見・ご要望

### 【問い合わせ先】

岐阜県総合医療センター 総合サポートセンター地域医療連携部(連携調整室)  
直通電話:058-249-0017  
直通 FAX:058-248-9334

# 情報共有シート

## 表面【診療情報】

## 裏面【生活情報】

### 資料-2

岐阜心不全地域連携クリニカルパス（あゆみ） 診療情報共有シート

作成日： 年 月 日

紹介先： 紹介元：

担当医： 先生御侍史 担当医：

患者名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢： 歳 生年月日： 年 月 日
心不全原因病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科術後（ ） <input type="checkbox"/> 弁膜症（ <input type="checkbox"/> 大動脈弁狭窄症、 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全症、 <input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全症、 <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症、 <input type="checkbox"/> 三尖弁逆流） <input type="checkbox"/> 心筋症（ <input type="checkbox"/> 肥大型心筋症、 <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症、 <input type="checkbox"/> アミロイドーシス、 <input type="checkbox"/> サルコイドーシス） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
心機能	左室駆出率(EF) % ( 年 月 日)	心不全分類 <input type="checkbox"/> HFpEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFrEF
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心室頻拍 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（ <input type="checkbox"/> 維持透析） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群（ <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> ASV） <input type="checkbox"/> 呼吸不全・COPD（ <input type="checkbox"/> HOT） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
デバイス治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカー（ ） <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD/CRTP	
最終心不全入院	年 月 日 ~ 年 月 日	
退院時(症状安定時)	退院時体重(kg)：	血圧： / 脈拍： bpm
心不全治療薬	RAS阻害薬	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬 <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> ARNI 未使用理由
	β遮断薬	<input type="checkbox"/> ビソプロロール <input type="checkbox"/> カルベジロール 未使用理由
	MRA	<input type="checkbox"/> スピロノラクトン <input type="checkbox"/> ファイネロン <input type="checkbox"/> エサキセロン <input type="checkbox"/> エプレレノン 未使用理由
	SGLT-2阻害薬	<input type="checkbox"/> ダバグリフロジン <input type="checkbox"/> エンバグリフロジン 未使用理由
	その他	<input type="checkbox"/> イバブラジン <input type="checkbox"/> ベルシグアト <input type="checkbox"/> ジギタリス
	利尿薬	<input type="checkbox"/> ループ <input type="checkbox"/> トルパタン <input type="checkbox"/> サイアザイド
	抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法（ <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC）
その他 注意点など		

岐阜 心不全地域連携クリニカルパス 生活情報提供シート

作成日： 年 月 日

患者名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢： 歳 生年月日： 年 月 日
心不全増悪因子	<input type="checkbox"/> 過活動 <input type="checkbox"/> 塩分過多 <input type="checkbox"/> 水分量過多 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス不良 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 医学的要因（ ）	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
介入内容/対象者	<input type="checkbox"/> 栄養指導（ ） <input type="checkbox"/> 薬剤指導（ ） <input type="checkbox"/> 運動指導（ ）	<input type="checkbox"/> キーパーソン： <input type="checkbox"/> 精神的ケア・介入 <input type="checkbox"/> 社会資源案内
退院時(症状安定時)身体所見	<input type="checkbox"/> 下腿浮腫 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 疲れやすさ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠 飲水量指示 ml/day	身体所見確認者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（ <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他） 患者希望： <input type="checkbox"/> 自宅生活（訪問診療・看護受け入れ） <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
内服管理	内服忘れ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度） 自己中断歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 方法： <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 包化 <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> カレンダー 管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他（ ）	
社会状況	家族構成： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 利用している社会資源 ケアマネジャー： 住宅環境	
食事状況	推定塩分量： g 調理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> 調理しない（ <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 中食） 間食： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度 内容） 中食・外食： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度 内容） 飲酒： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度 内容） 食事指導実施者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（ ）	
運動状況	運動習慣： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 運動内容： 至適心拍数： bpm 至適運動強度： watts/Borgスケール： 程度 点	
その他特記事項		

薬剤に関する情報はココ！

HADS：Hospital Anxiety and Depression Scale. 身体疾患を有する患者の抑うつ症状や不安症状の検査。21点満点で8点以下で不安・抑うつなし。11点以上症状あり。  
 NRS：Numerical Rating Scale, 痛みなしを0, 「耐えられない痛み」を10とし, 痛みの程度を11段階で評価する。3以上で有意な痛み  
 MMSE：Mini-Mental State Examination (認知症のスクリーニング検査) 30点満点で23点以下で認知症疑い

### 3.情報の提供

- かかりつけ医の処方で心不全治療薬の用量や種類の変更、追加等があった時にその内容を岐阜県総合医療センターに共有する

#### 【役割】

- かかりつけ薬局から薬剤が変更になった点と理由を岐阜県総合医療センターに情報提供する

FAX 送信票

岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 連携調整室 宛

あゆみ心不全ネット 専用シート

送信元 FAX 番号:

薬局名	
担当薬剤師	
連絡先 TEL	
メール	
内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報 提供します * 薬剤名、薬用量の変更時。心臓に悪影響を及ぼす可能性がある薬剤が新たに処方された場合。
	<input type="checkbox"/> 情報共有シート 希望します 【患者情報】 氏名: _____ 生年月日: _____ 住所: _____ <input type="checkbox"/> 患者による情報提供書受領許可済 <input type="checkbox"/> 不明点・ご意見・ご要望

#### 【問い合わせ先】

岐阜県総合医療センター 総合サポートセンター地域医療連携部(連携調整室)  
直通電話:058-249-0017  
直通 FAX:058-248-9334

### 服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】 【処方箋交付日】 令和 年 月 日 【患者氏名】 様（患者ID： ） 【生年月日】 年 月 日	科 先生御机下	【保険薬局の名称】 【所在地】 【TEL】                      【FAX】 【担当薬剤師】
--	---------	---

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。  
 【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡  患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ）  来局時  
 【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】  本人  家族  その他介護者（ ）

【聴取内容】 有害事象の有無と経過

療養上の問題点【呼吸・血圧・体重 / 服薬管理 / 塩分管理・水分管理 / その他】

療養上の問題点は確認されませんでした。

自覚症状	息苦しさ	安静しているときに息切れや息苦しさはありますか？（起床呼吸が見られたら受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時にあり <input type="checkbox"/> 安静時にあり <input type="checkbox"/> 横になると苦しいが座ると楽になる
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があって寝れないときは受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間以外にある <input type="checkbox"/> 夜間に強い咳がある
	血圧・脈拍	ここ数日間の血圧・脈拍はいくつですか？（いつもよりとても高い/低い 頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨） <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 高い日がある <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input type="checkbox"/> ふらつく 収縮期： mmHg / 拡張期： mmHg / 脈拍： 回/分
	体重	現在の体重はいくつですか？（1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨） ( ) kg 【計測日： 】 <input type="checkbox"/> ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用なし <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用あり）
服薬管理	薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（関係： ） <input type="checkbox"/> 在宅スタッフ（ ） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	有害事象の発現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事象： ）
	飲み忘れの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回以上（理由： ）
	併用薬	NSAIDs / 抗うつ薬 / その他（ ）
OTC・サプリメント		
塩分 / 水分	食事状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲不振（食卓量： ）
	塩分過剰摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外食（ 回） <input type="checkbox"/> 漬物 <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>慢性心不全患者の塩分量目標は6g/日未満。外食惣菜/漬物/干物/練りもの等加工食品/スナック菓子等の摂取が多い方は要注意。</small>
	水分摂取量	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 病院からの指示を守れている <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル6本以上 <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル1本以下
その他	生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 過労（過活動）
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒（飲酒量・頻度： ）

■ 詳細・指導内容

医療機関の返信欄 ※ 返信の際にご活用ください。

報告内容を確認しました。  
 報告内容を受け、下記のように対応します。

トレーシングレポートの  
この欄に  
処方変更内容と理由  
を記載



変更となった処方箋の  
コピーに変更になった  
薬剤部分に印をつける



FAX送付票を含め  
3つを病院にFAX

### 服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】 【処方箋交付日】 令和 年 月 日 【患者氏名】 様 (患者ID: ) 【生年月日】 年 月 日	科 先生御机下 【保険薬局の名称】 【所在地】 【TEL】                      【FAX】 【担当薬剤師】
---	--

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。  
 【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡  患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ）  来局時  
 【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】  本人  家族  その他介護者（ ）  
 【同意取得】 **同意取得の有無を選択**

療養上の問題点【呼吸・血圧・体重 / 服薬管理 / 塩分管理・水分管理 / その他】  
 療養上の問題点は確認されませんでした。

大項目	チェック項目	備考
自覚症状	息苦しさ	安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？（起床呼吸が見られたら受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時にあり <input type="checkbox"/> 安静時にあり <input type="checkbox"/> 横になると苦しいが座ると楽になる
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があって寝れないときは受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間以外にある <input type="checkbox"/> 夜間に強い咳がある
	血圧・脈拍	ここ数日間の血圧・脈拍はいくつですか？（いつもよりとても高い/低い 頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨） <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 高い日がある <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input type="checkbox"/> ふらつく 収縮期： mmHg / 拡張期： mmHg / 脈拍： 回/分
	体重	現在の体重はいくつですか？（1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨） ( ) kg 【計測日： 】 <input type="checkbox"/> ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用なし <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用あり）
服薬管理	薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（関係： ） <input type="checkbox"/> 在宅ｽﾀﾌ（ ） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	有害事象の発現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事象： ）
	飲み忘れの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回以上（理由： ）
併用薬	NSAIDs / 抗うつ薬 / その他（ ）	
OTC・サプリメント		

併用薬については  
 トレーシングレポートの  
 ここにも項目あり

医療機関の返信欄 ※ 返信の際にご活用ください。  
 報告内容を確認しました。  
 報告内容を受け、下記のように対応します。

（返信内容記入欄）

**【情報提供が必要なケース】**

- 心不全治療薬の用量や種類の変更、追加等があった場合
- 特に以下に該当する場合は重要  
 →心臓に影響する可能性のある薬剤例)

- NSAIDs
- 抗うつ薬
- 甘草を含む漢方



# 4.症状の 確認 (チェックシート)

- ・服薬指導・アフターフォローにも活用
  - \* 自覚症状をチェックシートで相互確認
  - 受信判断を患者と共有

## 【役割】

- ・患者が受診行動の目安として使用する
  - \* 退院時に記載内容について説明を受けている
  - \* かかりつけ医にも送付されている

心不全セルフチェックシート

あゆみ番号：

患者氏名：

管理目標体重 \_\_\_\_\_ Kg

記載日：令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

こんな症状はありませんか？

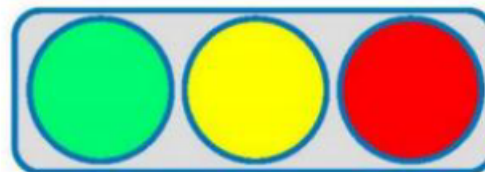
目標体重はココでCheck！

- 疲れやすい
- 食欲低下
- 眠れない

- 1週間以内の2kg以上の体重の増加・減少
- 動いたときに息切れがする
- 足のむくみの悪化

- じっとしていても息苦しい
- 夜間の強い咳
- 横になると苦しくなり、座ると楽になる
- 血圧が低くふらふらする

- 緑 → 通常の診察で相談
- 黄 → 早めにかかりつけ医受診
- 赤 → すぐに受診



# 5. フォローアップ (TR)

- ・フォローアップ時に、共有すべき情報を得た場合にはトレーシングレポートを作成して処方医に送る

## 【役割】

- ・患者の変化を医師へ伝えるツール
- ・「服薬による体調変化」や「患者の生活像」を共有

御中 【報告日】 令和 年 月 日

### 服薬情報提供書 (心疾患トレーシングレポート)

【担当医】	科	先生御机下	【保険薬局の名称】
【処方箋交付日】 令和 年 月 日			【所在地】
【患者氏名】	様 (患者ID: )		【TEL】
【生年月日】 **** 年 月 日			【FAX】
			【担当薬剤師】

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡  患者さんから薬局へ連絡 (問い合わせ)  来局時

【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】  本人  家族  その他介護者 ( )

【同意取得】  同意取得の有無を選択

療養上の問題点【呼吸・血压・体重 / 服薬管理 / 塩分管理・水分管理 / その他】

療養上の問題点は確認されませんでした。

大項目	チェック項目	備考
自覚症状	息苦しさ	安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？ (起床呼吸が見られたら受診勧奨) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時にあり <input type="checkbox"/> 安静時にあり <input type="checkbox"/> 横になると苦しいが座ると楽になる
	咳	咳はありますか？ (夜間に強い咳があっても寝れないときは受診勧奨) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間以外にある <input type="checkbox"/> 夜間に強い咳がある
	血压・脈拍	ここ数日間の血压・脈拍はいくつですか？ (いつもよりとても高い/低い 頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨) <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 高い日がある <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input type="checkbox"/> ふらつく 収縮期: mmHg / 拡張期: mmHg / 脈拍: 回/分
	体重	現在の体重はいくつですか？ (1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨) ( ) kg 【計測日: 】 <input type="checkbox"/> ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用なし <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用あり )
服薬管理	薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (関係: ) <input type="checkbox"/> 在宅スタッフ ( ) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	有害事象の発現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (事象: )
	飲み忘れの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 (理由: )
	併用薬	NSAIDs / 抗うつ薬 / その他 ( )
塩分 / 水分	食事状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲不振 (食量: )
	塩分過剰摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外食 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 漬物 <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>慢性心不全患者の減塩目標は6g/日未満。外食・惣菜・漬物・干物・練りもの等加工食品/スナック菓子等の摂取が多い方は要注意。</small>
	水分摂取量	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 病院からの指示を守れている <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル6本以上 <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル1本以下
その他	生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 過労 (過活動)
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 (飲酒量・頻度: )

■ 詳細・指導内容

医療機関の返債額 ※ 返債の際にご活用ください。

報告内容を確認しました。

報告内容を受け、下記のように対応します。

### 服薬情報提供書（心疾患トレーシングレポート）

【担当医】 科 先生御机下	【保険薬局の名称】
【処方箋交付日】 令和 年 月 日	【所在地】
【患者氏名】 様（患者ID： ）	【TEL】                      【FAX】
【生年月日】 年 月 日	【担当薬剤師】                      ㊞

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡    患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ）    来局時

【聴取日】 令和 年 月 日   【聴取した方】  本人    家族    その他介護者（ ）

【聴取場所】 患者取得の住所を選択

療養上の問題点【呼吸・血圧・体重 / 服薬管理 / 塩分管理・水分管理 / その他】

療養上の問題点は確認されませんでした。

大項目	チェック項目	備考
自覚症状	息苦しさ	安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？（起床呼吸が見られたら受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時にあり <input type="checkbox"/> 安静時にあり <input type="checkbox"/> 横になると苦しいが座ると楽になる
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があつて眠れないときは受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間以外にある <input type="checkbox"/> 夜間に強い咳がある
	血圧・脈拍	ここ数日間の血圧・脈拍はいくつですか？（いつもよりとても高い/低い頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨） <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 高い日がある <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input type="checkbox"/> ふらつく 収縮期：      mmHg / 拡張期：      mmHg / 脈拍：      回/分
	体重	現在の体重はいくつですか？（1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨） (      ) kg 【計測日：      】 <input type="checkbox"/> ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用なし <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用あり）
服薬管理	薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（関係：      ） <input type="checkbox"/> 在宅ケア（      ） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（      ）
	有害事象の発現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事象：      ）
	飲み忘れの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回以上（理由：      ）
	併用薬	NSAIDs / 抗うつ薬 / その他（      ）
塩分 / 水分	OTC・サプリメント	
	食事状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲不振（食事量：      ）
	塩分過剰摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外食（      回） <input type="checkbox"/> 漬物 <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> その他（      ） <small>慢性心不全患者の減塩目標は6g/日未満、外食惣菜/漬物、干物、練りもの等加工食品/加工菓子等の摂取が多い方は要注意。</small>
その他	水分摂取量	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 病院からの指示を守れている <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル6本以上 <input type="checkbox"/> 500mlペットボトル1本以下
	生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 過労（過活動）
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒（飲酒量・頻度：      ）

■ 詳細・指導内容

医療機関の返信欄 ※ 返信の際にご活用ください。

報告内容を確認しました。

報告内容を受け、下記のように対応します。

## 岐阜市薬剤師会作成

処方医に伝えたいことの  
要点を記載

具体的にどのような状況なのか  
を記載

心不全急性増悪の原因となる  
生活習慣を網羅

\* すべて埋める必要はありません

# 岐阜市薬剤師会作成

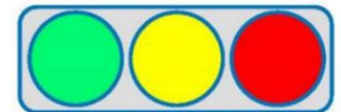
療養上の問題点【 呼吸 ・ 血圧 ・ 体重 / 服薬管理 / 塩分管理 ・ 水分管理 / その他 】

療養上の問題点は確認されませんでした。

大項目	チェック項目	備考
自覚症状	息苦しさ	安静にしているときに息切れや息苦しさはありますか？（起坐呼吸が見られたら受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労作時にあり <input type="checkbox"/> 安静時にあり <input type="checkbox"/> 横になると苦しいが座ると
	咳	咳はありますか？（夜間に強い咳があつて眠れないときは受診勧奨） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間以外にある <input type="checkbox"/> 夜間に強い咳がある
	血圧・脈拍	ここ数日間の血圧・脈拍はいくつですか？（いつもよりとても高い/低い頭痛/ふらつき等がある場合は受診勧奨） <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 高い日がある <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input type="checkbox"/> ふらつく
		収縮期： mmHg / 拡張期： mmHg / 脈拍： /分
	体重	現在の体重はいくつですか？（1週間で2kg以上増えている場合は受診勧奨） ( ) kg 【計測日： 】 <input type="checkbox"/> ここ1週間で2kgの増加
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用なし <input type="checkbox"/> 頓服の利尿剤の服用あり）
服薬管理	薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（関係： ） <input type="checkbox"/> 在宅スタッフ（ ） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	有害事象の発現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事象： ）
	飲み忘れの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回以上（理由： ）
	併用薬	（ ）
塩分 / 水分	OTC・サプリメント	（ ）
	食事状況	（ ）
	塩分過剰摂取	（ ） 多い方は要注意。
その他	水分摂取量	（ ）
	生活状況の変化 嗜好品	（ ）

自覚症状の網掛け部分は  
赤信号の自覚症状  
→ 「すぐに受診」に該当

心不全セルフチェックシート  
の信号機とリンク



アフターフォローは  
受診と受診の間の情報  
→患者に何が起きているのかが  
相手に伝わるのが重要

## まとめ

### ★「あゆみ心不全ネット」

➡岐阜医療圏の心不全地域連携クリニカルパス

#### 【岐阜医療圏】

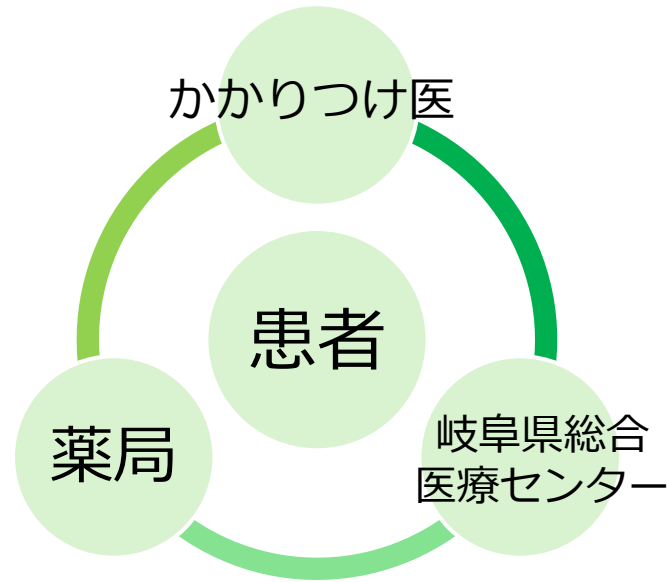
岐阜市 / 羽島市 / 各務原市 / 山県市 / 穂積市  
本巣市 / 岐南町 / 笠松町 / 北方町

### ★薬局への「情報共有シート」の共有と

処方変更時の情報共有

➡岐阜県総合医療センターとの取り組み

## Message



薬局は受診と受診の間を支える存在です。

病診薬が連携することで、心不全患者の症状の悪化や増悪による再入院が回避され、**患者の生活を地域で支えられる**ようご協力ください。

よろしく申し上げます。