

## 服薬情報提供書（心疾患トレーニングレポート）

【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】	年号を選択	年 月 日	【担当薬剤師】	印

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 低い日がある <input checked="" 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 checked="" 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( ) 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。
	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。