

# 【心不全】 トレーシングレポート (服薬情報提供書)

科

報告日 令和 年 月 日

先生 御机下

保険薬局名

住 所

電話番号

FAX番号

担当薬剤師

患者ID

患者名

生年月日 年 月 日

※ 担当医に報告することに対する患者の同意 ( あり なし )

◇ 処方薬の服薬状況について以下より選択して下さい。

服薬良好 時々忘れる(月2-3回) よく忘れる(週2-3回) ほとんど忘れる(週3回以上)

服薬不良となる要因や改善点の提案など：

◇ 身体所見

体重 kg 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 自覚症状を伴う血圧低下・徐脈あり

◇ モニタリング項目

すぐに受診が必要な症状 (レッドカード)	評価	症状発現時期
安静時の息苦しさ・夜間咳嗽	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
起坐呼吸 (横になると苦しいが、座ると楽)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
いつもより血圧がとても高い、または低い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から

病状により受診を考慮する症状(イエローカード)	評価	症状発現時期
体重増加 (1-2週間で2-3kgの増加)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	日間で+ kg
浮腫 (元々ある場合は増悪した)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
労作時の息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から
食欲低下、食事量の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月 日頃から

◇ その他報告事項 (治療上の悩みや不安、服薬状況・有害事象の補足、心不全手帳の記載状況、処方提案など)

【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会および緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願い致します。