

地域連携診療計画書（心不全地域連携パス専用）

患者基本情報											
大崎市民病院 本院患者ID				生年月日		年 齢		歳			
氏 名		様		性 別		入 院 日		令和		年 月 日	
身 長		cm		体 重		kg		氏 名 (続柄) 自宅： <input type="checkbox"/> キーパーソン 携帯：		氏 名 (続柄) 自宅： <input type="checkbox"/> キーパーソン 携帯：	
診 断 名											
心不全 の 原因		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患		連絡先		氏 名 (続柄) 自宅： <input type="checkbox"/> キーパーソン 携帯：		氏 名 (続柄) 自宅： <input type="checkbox"/> キーパーソン 携帯：	
		<input type="checkbox"/> 心筋症		<input type="checkbox"/> 弁膜症							
合 併 症		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		主な 増悪因子		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 急薬 <input type="checkbox"/> 塩分・水分過多 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 冠動脈カテーテル治療 (冠動脈ステント留置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> カテーテルアブレーション治療 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓再同期療法 (CRT) <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 (ICD) <input type="checkbox"/> 在宅陽圧呼吸療法 (ASV) <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 糖尿病							
左室駆出率 (EF)		% 令和		年 月 日		主な 治療歴		<input type="checkbox"/> ACE阻害薬・ARB <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> ジギタリス <input type="checkbox"/> 経口強心薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 心房細動 (<input type="checkbox"/> 発作性 <input type="checkbox"/> 持続性)		<input type="checkbox"/> その他 ()							
症状安定時 BNPまたは NT-proBNP		<input type="checkbox"/> BNP		<input type="checkbox"/> NT-proBNP		主な 心不全 治療薬		<input type="checkbox"/> ACE阻害薬・ARB <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> ジギタリス <input type="checkbox"/> 経口強心薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
病状安定時 心胸郭比 (CTR)		% 令和		年 月 日							
病状安定時 目標体重		kg 令和		年 月 日		<input type="checkbox"/> ACE阻害薬・ARB <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> ジギタリス <input type="checkbox"/> 経口強心薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 ケアマネジャー 氏名： 事業所：	
病状安定時 目標血圧		/ mmHg									
水分制限		mL/日									
指示栄養量		kcal		蛋白		g		塩分		g	
栄養指導 伝達事項						動作能力		寝返り		立ち上がり	
								起き上がり		立位	
								端座位		歩行	
								移乗		階段	
								車椅子駆動		床動作	
服薬指導 伝達事項						リハビリ指導 伝達事項					
退 院 時 情 報	介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請									
		要支援		要介護		ケアマネジャー					