

<注意> 本情報提供書による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会、副作用報告は別様式にてお願いします。

服薬情報提供書 (兼 心不全フォローアップシート)

2025年1月作成

報告日 年 月 日

施設名：兵庫県立尼崎総合医療センター 処方医： 科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
患者ID： 患者氏名： 生年月日：	薬剤師名：

確認事項

患者同意	<input type="checkbox"/> 同意を得て報告します <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが必要と思ひ報告します
聴き取り日	年 月 日
聴き取り対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
聴き取り状況	<input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来局した患者から相談

服薬状況

薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
管理方法	<input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> おくすりカレンダー <input type="checkbox"/> ビルケース <input type="checkbox"/> その他 ()
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTPシート <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁
服薬コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好 (残薬なし) <input type="checkbox"/> 不良 (残薬あり)
	不良の場合
	飲み忘れ頻度 <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> 週に1~2回 <input type="checkbox"/> 週に3~4回 <input type="checkbox"/> それ以上 ()
	飲み忘れ理由 <input type="checkbox"/> 飲みにくい <input type="checkbox"/> 薬剤数が多い <input type="checkbox"/> 管理が煩雑 <input type="checkbox"/> その他 ()

心不全アセスメント ※アセスメント内容は心不全手帳を併せてご活用ください。

心不全手帳利用状況	<input type="checkbox"/> 毎日記載 <input type="checkbox"/> だいたい記載 <input type="checkbox"/> ほとんど記載できていない <input type="checkbox"/> 持っていない
息切れ	安静時 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	労作時 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
せき・呼吸苦	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食欲低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg (ヶ月前と比べて 増加・変わらない・減少) <input type="checkbox"/> 測定無し
血圧・脈拍	/ mmHg bpm <input type="checkbox"/> 測定無し

受診勧告の目安

- イエローカード：急激な体重増加 (数日で2kg) ・息苦しさ・むくみがあれば早めの受診を推奨してください。
- レッドカード：以下の症状がある場合は緊急の受診が必要ですので推奨してください。
 - ・横になっても息苦しい、苦しくて横になれない
 - ・冷や汗が出て苦しい
 - ・脈が急に早くなり気を失いそうになる

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

--