

		病院	科	医師名		
ID		患者氏名				
生年月日	年	月	日	年齢		性別
key person (続柄・氏名)				(電話番号)		
ケアマネージャー (事業所名)				(電話番号)		
かかりつけ医				(電話番号)		

1) 病態						
診断名	心不全 (病名)			心不全発症日	年	月 日
リスク因子	無症候性	軽症	中等症	重症	NYHA	○ I ○ II ○ III ○ IV
ステージA	ステージB	ステージC		ステージD	紹介理由	<input type="checkbox"/> 病状悪化 <input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> 安定している
<p>あなたは現在ステージ ○ A ○ B ○ C ○ D です</p>				病状経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	
増悪要因	<input type="checkbox"/> 生活要因 (<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 塩分水分過多 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 過度の活動) <input type="checkbox"/> その他 (
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 (
心臓治療歴	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> バイパス <input type="checkbox"/> アブレーション <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> TAVI <input type="checkbox"/> 弁置換 (<input type="checkbox"/> 生体弁 / <input type="checkbox"/> 人工弁) <input type="checkbox"/> マイトラクリップ <input type="checkbox"/> その他 (
呼吸補助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HOT (/分) <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> NPPV					
血液検査	検査日 年 月 日			退院時		
	BNP	pg/ml	Hb	g/dl	eGFR	Crea
心機能	検査日 年 月 日			退院時		LVEF %
治療薬	<input type="checkbox"/> ACEi <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> SGLT2 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 経口強心薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> その他 (
安定時の体重	BW	kg	BP	mmHg	PR	bpm
バイタル					Sat	%

2) 生活欄		<input type="checkbox"/> 下記に記載		<input type="checkbox"/> 添付の看護サマリーに記載につき省略	
ACP	(年 月 日現在) * 意思は変わる可能性が十分あり、随時確認してください。				
	○ あり ○ なし		<input type="checkbox"/> 患者の意向を確認している <input type="checkbox"/> 家族は本人の意向を理解している		
	<small>(ACP関連情報について自由記載) 例：本人の意思決定内容、代理決定者の有無、など、わかっている情報があれば記入検討。</small>				
食事内容	cal	塩分	g	水分摂取 の目安	○ あり ml/day ○ なし
内服管理	<input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダー使用				
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
	立位保持	○ 可	○ 不可	座位保持	○ 可 ○ 不可
排泄動作	○ 自立 ○ 一部介助 ○ 全介助				
食事動作	○ 自立 ○ 一部介助 ○ 全介助				
喫煙歴	○ 喫煙中 ○ 過去にあり 今は禁煙 ○ なし				
飲酒歴	○ あり ○ 機会飲酒 ○ なし				
認知機能 低下	○ あり ○ なし	自立度	M		
	難聴	○ あり ○ なし			
	視力低下	○ あり ○ なし			
生活環境	○ 独居 ○ 同居 ○ 施設入所				
介護保険	○ あり (要支援度・介護度) ○ なし ○ 申請中				
医療介護サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ヘルパー				
その他 連絡事項					