

心不全地域連携クリニカルパス（診療情報提供書）

作成日：西暦 年 月 日

紹介元：水戸済生会総合病院 担当医：循環器内科

紹介先： 担当医： 先生御侍史

患者名：	性別：	年齢：	(生年月日 年 月 日)
心不全の原因病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心筋症 ()	
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 弁膜症 ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症
	<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> 認知症	
	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	(維持透析 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群	(<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> ASV)	
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	()	
	<input type="checkbox"/> その他	()	
デバイス治療	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD or P
心機能	左室駆出率 (EF)	% (年 月 日)	
BNP/NT-proBNP (症状安定時)	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> NT-proBNP	
腎機能	Cre	pg/ml (年 月 日)	
		mg/dl	
最終の心不全入院 退院時体重	年 月 日 ~	年 月 日	
		k g	
	頓用利尿薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> フロセミド mg	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	体重	k g を上回ったら1日1回上記を内服	
心不全治療薬	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬 / ARB / ARNI	<input type="checkbox"/> β遮断薬	
	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> SGLT2I	<input type="checkbox"/> イバブランジン
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬		
	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法	(<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC)	
水分制限	<input type="checkbox"/> あり	ml/日	<input type="checkbox"/> なし
その他の注意点など			

社会福祉法人 恩賜 財団 済生会支部
茨城県済生会 水戸済生会総合病院
TEL 029-254-9067 (地域医療連携室)
FAX 029-254-1637 (")
TEL 029-254-5151 (代 表)