

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: 担当医:

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"/> 心筋炎() <input type="checkbox"/> 虚血心疾患 <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) 腎機能	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP pg/ml (年 月 日) Cre mg/dl		
最終の心不全入院 退院時体重	年 月 日 ~ 年 月 日 Kg 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 Kg を上回ったら1日1回上記内服		
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			