

心不全フォローアップシート

報告日 年 月 日

施設名：	科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
処方医：		
患者番号：		薬剤師名：
患者氏名：		
生年月日：		
報告に際しての患者同意 ☐ 有 ☐ 無		
フォローアップの対象 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。

確認方法 ☐薬局での聞き取り ☐電話 ☐在宅訪問 ☐その他

確認された療養上の問題点 ☐服薬管理 ☐セルフケア ☐体重増加

☐食事内容 ☐病識・受診行動 ☐その他

☐現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。

確認事項(ある場合✓)	未確認	コメント
☐ 残薬	☐	
☐ むくみ 部位：	☐	
☐ 労作時の息切れ	☐	
☐ 体重 kg 、血圧 / mmHg	☐	
☐ 食欲低下	☐	
☐ 過労 ☐ ストレス	☐	
☐ 他院に受診・処方された薬	☐	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

☐報告内容を確認いたしました。

☐提案の内容を考慮し、以下のような対応にいたします。

--

年 月 日

医師名：