



心不全トレーニングレポート（フォローアップシート）

報告日 年 月 日 科 先生 御机下

患者名 _____ (ID:)

保険薬局 名称・住所 TEL FAX 担当薬剤師 _____

患者からの同意 ☐ 患者は処方医への報告を同意しています。

☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるため報告いたします。

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 ⇒ ☐ 服薬アドヒアランス不良	☐	
☐ 下肢のむくみ	☐	
☐ 労作時の息切れ	☐	
☐ 体重 kg 、 血圧 / mmHg	☐	
☐ 食欲低下	☐	
☐ 夜間起坐呼吸	☐	
☐ 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】

診療情報提供書の有用性 ☐ 有 ☐ 無 ※その他、ご意見等ありましたらお願いいたします。