かかりつけ医/介護施設　→　急性期病院・心不全相談診療所　紹介用

様の心不全生活情報シート

通常の紹介状（診療情報提供書）に添付してご紹介下さい。
診療所の看護師さんや介護施設のスタッフさんが記載してください.

以下の質問にお答えください．当てはまるものにはレ点をつけて下さい.

①今回の心不全増悪の原因として疑われるもの（複数回答可）

☐ 塩分過多　☐ 薬が飲めていない　☐ 過負荷　☐ 過労・ストレス　☐ 飲水過多
☐ その他

②薬は忘れず飲めていますか？（どれか1つ選んでください）

☐ すべて自己管理でほぼ飲み忘れない　☐ よく忘れる/数日間休薬することがある
☐ 以下の工夫や他者のサポートで服薬管理している（当てはまるものすべてを選んでください）
→ その工夫は？　☐ 一包化　☐ 薬カレンダー　☐ その他
→ 誰がサポートしてくれますか？
☐ 家族　☐ 訪問看護師　☐ 訪問薬剤師　☐ 介護士（ヘルパー）施設の職員
☐ その他

③心不全手帳をつけたり、セルフケアは出来ますか？（どれか1つ選んでください）

☐ 自分で出来る　☐ 出来ない　（誰にサポートしてもらいますか？→　）

④運動の習慣はありますか？

☐ ない　☐ ある（具体的に：　）

☐ 以下は生活チェックシートを参照、それがない場合はご記載ください。

⑤普段の外出の頻度はどの程度ですか？（どれか1つ選んでください）

☐ ほぼ毎日外出する　☐ 週に数回程度は一人で外出する　☐ 月に数回外出する程度
☐ 一人では外出できない　☐ 自宅/施設内で過ごす　☐ その他

⑥日常生活（食事・着替え・入浴・排泄など）は自立していますか？

☐ 自立　☐ 介護あり
（どなたが介助しますか：
☐ 家族　☐ 介護関係者　☐ 施設スタッフ　☐ その他　）
介護ありの場合　→（具体的に：　）

⑦その他家族関係やこの方の共有すべき情報を教えてください。

注意点（　）
経済的問題（　）
家族構成（　）人暮らし　同居の家族（　）　関係性など（　）
要介護度（☐ 要支援　／　☐ 要介護　／　☐ 申請中）
担当ケアマネ（　）　利用施設（くくくく　）

記載者氏名：　（関係：　所属：　）
記載日時 20　年　月　日

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）（診療情報提供書に添付してください）

＿＿＿＿＿＿様の情報共有シート

医師記載

❤増悪判断の基準（どれか1つあれば）　（増悪時の対応は地域連携心不全Q＆AのQ5-6を参照して下さい）

- 体重　目標体重（　　）kg＋3kg⇒（　　）kg以上、又は1週間以内で2kgの急な体重増加
- 息切れの悪化
- むくみの悪化
- 安定期のBNP/NT-proBNPの2倍以上の上昇

❤今回の心不全増悪の状況（いずれかに✓）：　☐ 入院　☐ 外来

その日時：　　年　　月　　日　（入院の場合の入院期間　　／　　～　　／　　）

今までの心不全入院の有無　☐ なし　☐ あり（　　回，☐ ５回以上）

❤心不全のタイプ

① ☐ HFpEF：収縮能保たれている）、　☐ HFrEF/HFmrEF：収縮能低下/軽度低下　LVEF　　%

② 基礎疾患（複数回答可）　☐ 虚血性心疾患　☐ 弁膜症　☐ 不整脈　☐ 高血圧性心筋症

☐ 心筋症　　☐ その他　　追加情報

③ 虚血の検査（　☐ 未検査　☐ CAG　☐ 冠動脈CT　☐ 負荷検査（　　）

④ 合併症　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ CKD　☐ 不整脈　　☐ 貧血　☐ 認知症

⑤ リズム　☐ 洞調律　☐ 心房細動/心房粗動　☐ ペースメーカー調律　☐ その他

⑥ 今回の心不全増悪因子　☐ 塩分過多　☐ 感染症　☐ 内服不徹底　☐ 過労　☐ 不整脈

☐ ストレス　☐ 虚血

⑦ 治療内容　☐ 血行再建（PCI/CABG）　☐ 弁膜症手術　☐ カテーテルアブレーション

☐ デバイス治療（PM/ICD/CRT）　☐ その他

⑧ 退院時/外来安定期の状態について　NYHAクラス：　☐ Ⅰ　☐ Ⅱ　☐ Ⅲ　☐ Ⅳ

心不全ステージ　☐ C　☐ D

体重：　　kg、BNP　　pg/ml、NT-proBNP　　pg/ml、

下腿浮腫：　☐ なし　☐ あり

⑨ 指導内容　塩分制限：　☐ なし　☑ あり（１日６g未満）　・ ☐ 節酒

水分制限：　☐ なし　☐ あり（１日　　ml以下）　・ ☐ 禁煙

☐ 適度な運動（息がはずむ程度の運動 小まめに休憩 バタバタしすぎない）

運動の目安・注意点（　　）

☐ 転倒注意　　心リハ導入：　☐ 済　☐ 未（☐ 可能・ ☐ 不可）

⑩ 介護保険申請必要（　☐ 認定済　☐ 不要　☐ 申請中　☐ 必要だが今後検討）

活動度（　☐ 歩行が可能　☐ 杖歩行　☐ 一人で外出できるか　☐ 入浴は一人で可能か）

⑪ その他紹介のタイミング　　心房細動となった場合

投薬内容は別紙、薬手帳をご参照ください

記載者氏名：　　所属：

記載日時 20　　年　　月　　日

かかりつけ医用情報共有シート

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）（診療情報提供書に添付してください）

生活チェックシートがある場合は、その写しも添付してください

＿＿＿＿＿＿様の情報共有シート

看護師記載

❤認知症の有無　☐ なし　☐ あり　（　　）

❤指導内容

☐ セルフケア　目標体重　　kg、

☐ 血圧測定（家庭血圧計：☐ あり　☐ なし　→　購入予定：☐ あり　☐ なし　）

☐ 心不全手帳の記録　☐ 本人 ☐ 他（　　）手帳確認と相談連絡役（　　）

☐ 過負荷を避けましょう（例：農作業や排便時の努責など）　（とくに　　）

負担なく活動できる範囲（PTさんの意見も参考に）　（　　）

日常生活レベルの運動制限の有無：　☐ なし　☐ あり（　　）

（上記は掃除、洗濯などの家事や買い物、庭仕事などで心不全が悪化する場合に記載してください）

☐ 栄養指導に関して　食事の調理者（　　）　☐ 宅配食利用

栄養指導受講の有無　本人（☐ 有 ☐ 無）、　調理者（☐ 有 ☐ 無）

指導のポイント　（　　）

☐ 服薬管理に関して　服薬指導の有無　本人（☐ 有 ☐ 無），

一緒に指導を受けた方（　　）

（☐ 薬袋　☐ 一包化　☐ 薬カレンダー）で管理　誰が確認するか　（　　）

指導のポイント　（　　）

☐ 排泄、入浴などの注意点（　　）

☐ そ　の　他　（　　）

❤想いをみんなで共有！

◦ 大切なこと・想い　（　　）

◦ もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人（　　）

◦ 治療に対する希望　（　　）

◦ 最期に過ごしたい場所　（☐ 在宅　☐ 病院　☐ 施設　☐ その他：　　）

介護保険にんてい関係者に協力が必要な場合は担当ケアマネジャー

❤その他家族関係やこの方の共有すべき問題を教えてください。

担当ケアマネ（　　）　☐ 以下は生活チェックシート参照

注意点　（　　）

経済的問題　（　　）

家族構成　（　　）人暮らし　同居の家族　（　　）

関係性など　（　　）

要介護度（☐ 要支援　／　☐ 要介護　／　☐ 申請中）

利用施設（　　）

記載者氏名：　　所属：

記載日時 20　年　月　日

かかりつけ医用情報共有シート

急性期病院・心不全相談診療所→介護関係者用

［　　］様の情報共有シート

介護関係者用

ケアマネジャー ［　　］様

介護施設　　ご担当者　　様

❤増悪判断の基準　（どれか1つあれば、かかりつけ医に連絡してください）

・体重　目標体重（　　）kg+3kg⇒（　　）kg以上、又は1週間以内で2kgの急な体重増加

・息切れの悪化

・むくみの悪化

❤心不全の診断名および状態について

・診断名　☐ 虚血性心疾患　☐ 弁膜症　☐ 不整脈　☐ 高血圧性心筋症

☐ 心筋症［　　］☐ その他［　　］

・退院時/外来安定期の状態について　NYHAクラス：　☐ Ⅰ　☐ Ⅱ　☐ Ⅲ　☐ Ⅳ

NYHAクラスについて　Ⅰ：息切れなし、II：強い労作で息切れ（坂道歩行や階段、早歩きなどで）

III：ちょっと動いただけでも息切れ(トイレ歩行や着替えなどで)、IV：安静でも息苦しい

体重：［　　］kg　，　むくみ：　☐ なし　☐ あり

❤薬を飲み忘れない！　（☐ 薬袋　☐ 一包化　☐ 薬カレンダー）で管理，（［　　］）が確認

❤心不全手帳に日々の記録をしよう！　記載する人：　☐ 本人　☐ 他（［　　］）

手帳確認と相談連絡役（［　　］）

心不全手帳を外来や介護施設に持参して見てもらう（［　　］）

❤バランスの良い食事！　食事の注意点（［　　］）　☐ 宅配食利用

塩分制限：　☐ なし　☐ あり（１日６g未満）

水分制限：　☐ なし（体重が基準をこえたら控える）　☐ あり（［　　］）mL/日以下

❤適度な運動！（楽～息がはずむ程度の運動 小まめに休憩 バタバタしすぎない）

運動の目安・注意点　（［　　］）　心リハ導入：　☐ 済　☐ 未

日常生活レベルの運動制限の有無：　☐ なし　☐ あり（［　　］）

（上記は掃除、洗濯などの家事や買い物、庭仕事などで心不全が悪化する場合に記載されます）

❤排泄、入浴の注意点（［　　］）

❤嗜好品、感染予防も重要！（　☐ 節酒　☐ 禁煙）を勧める　☐ 手洗い・うがい・ワクチン接種

❤想いをみんなで共有!

◦ 大切なこと・想い　（［　　］）

◦ もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人（［　　］）

◦ 治療に対する希望　（［　　］）

◦ 最期に過ごしたい場所（　☐ 在宅　☐ 病院　☐ 施設　☐ その他：［　　］）

その他（ご自由に記載してください）

［　　］

記載者氏名：［　　］　所属：［　　］

記載日時 20［　　］年［　　］月［　　］日

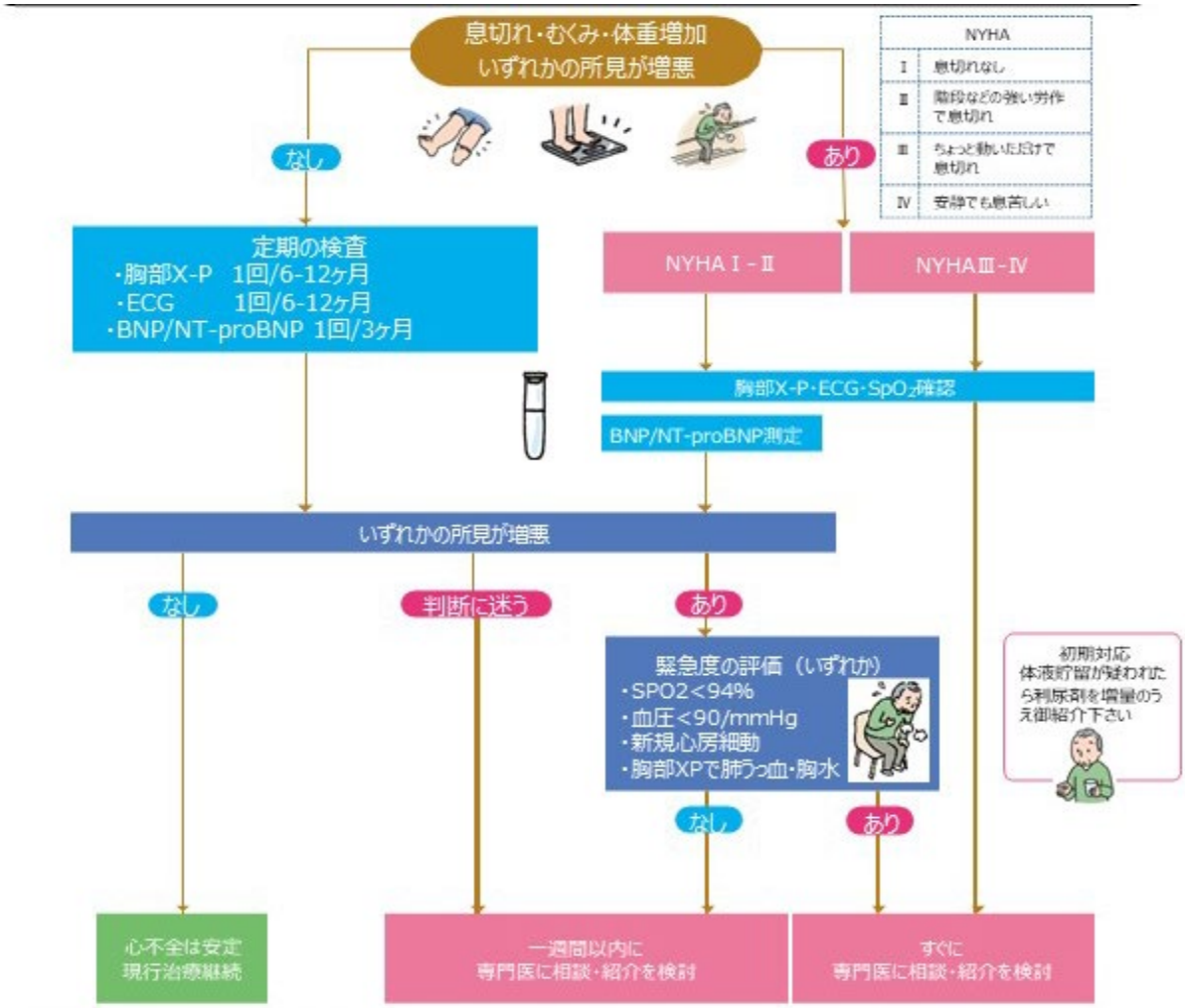
介護施設用情報共有シート

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）

心不全悪化時の対応

❤心不全増悪かも（どれか1つあれば）

- 体重　・目標体重（　　）kg＋3kg⇒（　　）kg以上
  - ・1週間以内で2kgの急な体重増加
- 息切れの悪化
- むくみの悪化
- 安定期のBNP/NT-proBNPの2倍以上の上昇



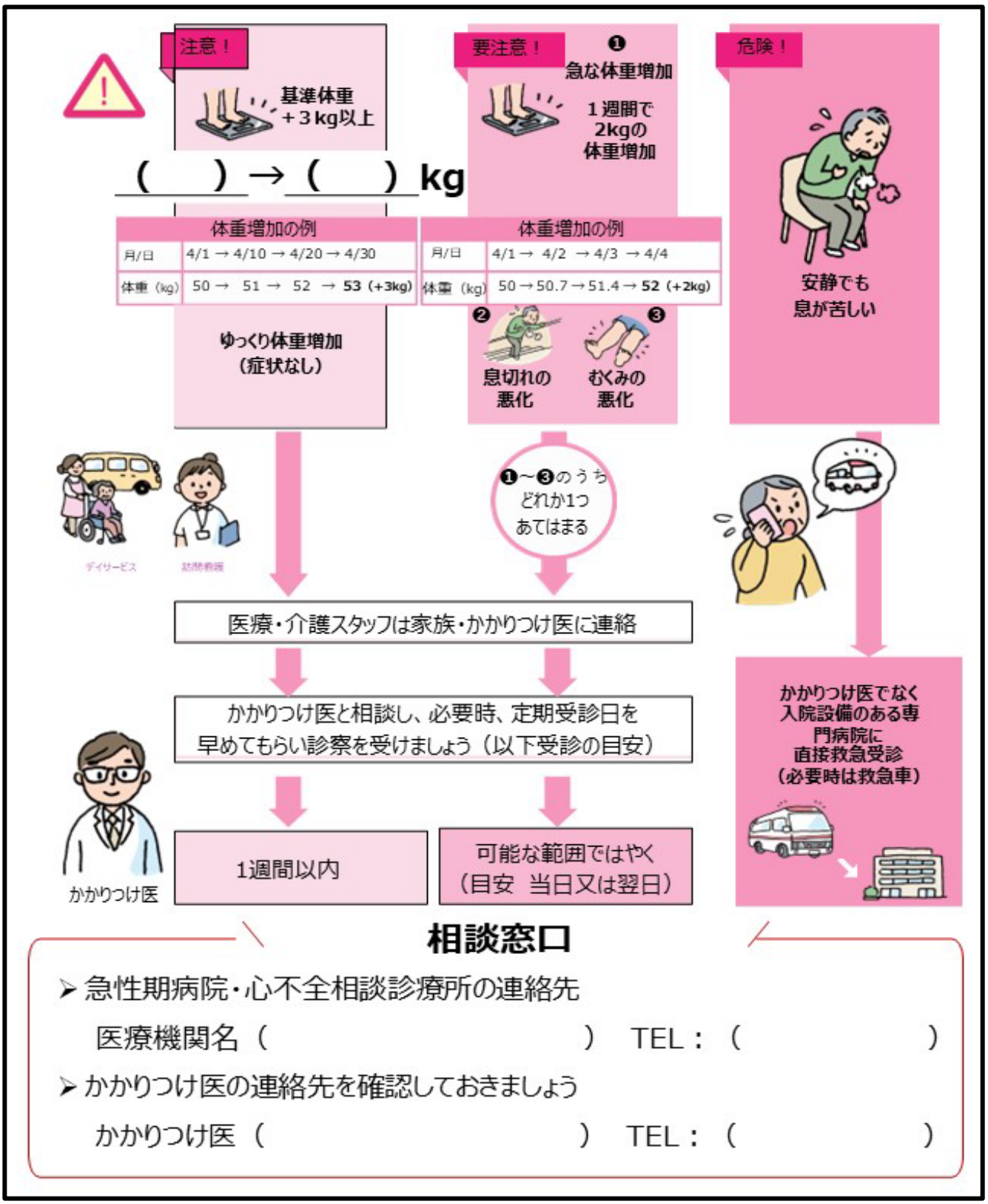
- 安静でも息苦しい（NYHAⅣ）、ちょっと動いただけで息苦しい（NYHA Ⅲ）、spo2が低い、血圧が低い、心房細動などの新規不整脈の出現、胸部XPで肺うっ血、胸水の増悪がみられる場合はすぐにご相談ください
- 体重増加、むくみなどの体液貯留の合併が疑われたら、利尿剤を増量したうえご紹介ください（増量の目安：ベースで服用中のループ利尿剤の1.5～2倍、例：フロセミド20mg→30～40mg）。
- 体重が増えても心不全増悪所見がない場合は、単純に太ったと考え基準体重を見直し変更します。

相談窓口

医療機関名（　　）TEL:（　　）

急性期病院・心不全相談診療所→介護関係者用

心不全悪化時の対応

体に水がたまっていない目安の体重は（　　）ｋｇです

急に体重が増えたら，太ったのではなく水がたまっている可能性があります