

# 心不全連携連絡票 返信用

調剤薬局名称：  
連絡薬剤師名：  
記載日：

患者ID：  
患者名：  
来局日：

Q 1 患者またはご家族は来局されましたか？  
来局した(本人・本人以外) ・ 来局していない

Q 2 服薬アドビアランスの状況はどうか？  
問題なし ・ 問題あり  
(問題あり) どのような服薬状況ですか？

( )

Q 3 連携票を利用して患者とお話できましたか？  
かなりできた ・ まずまずできた ・ あまりできなかった ・ 全くできなかった  
どのようなお話をしましたか？

( )

Q 4 は～とダイアリー(心不全手帳)を活用できましたか？(は～とダイアリー対象患者の場合)

( )

<症状について該当すればチェックをお願いします。>

- 自覚症状を伴う低血圧【血圧： / mmHg 症状： 】
- 息苦しさ
- 起座呼吸(横になると苦しく、座ると軽減)
- 食欲低下や倦怠感
- 浮腫の増悪
- 急激な体重増加(3日間で2Kg以上の増加など)
- 【どの程度増加がありましたか？： 】
- その他【 】

<処方や副作用に関連した提案事項等あればご記載ください>

下記のFAX番号に返信をお願いします。

連携医療機関名

名古屋記念病院

所在地 名古屋市天白区平針4-305

FAX : 052-806-0513

Eメール : nmhpharmacy@hospy.or.jp

TEL : 052-804-1111(代表)

薬剤師名： \_\_\_\_\_