

慈恵医大葛飾医療センター 心不全トレーニングレポート

診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> その他：	診察券番号	
報告日	年 月 日	患者氏名	様
聞き取り日	年 月 日	薬局名	
聞き取り方	<input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート	ご担当者/連絡先	

< 直近の体重・血圧・脈拍 > 月 日計測

体重： _____ kg 血圧：朝 _____ / _____ 夜 _____ / _____ 脈拍： _____ 回/分

※この1週間で変動がある場合は項目と数値を記載してください

< 速やかな受診が必要な症状のチェック >

何もしていないのに息苦しい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
咳がでて眠れない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
横になると息苦しい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
起き上がる、座ると楽になる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
フラフラする、めまいがする	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

1つでもありにチェックが入ったら医療機関への受診をすすめてください。

< この1週間の症状の程度 >

以前より靴下の跡は残りやすいですか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
今までと同じ活動で息切れしますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
以前よりも疲れやすい、だるいですか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
以前よりも食事の量は減りましたか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 7-8割は摂取	<input type="checkbox"/> 半分以下に減少
気持ちのストレスはありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少し感じる	<input type="checkbox"/> 強く感じる

< セルフケアの実施状況 >

1日の歩数を教えてください	歩	<input type="checkbox"/> 測っていない	
毎身体重を測定していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々測る	<input type="checkbox"/> 測っていない
毎日血圧を測定していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々測る	<input type="checkbox"/> 測っていない
食事の味付けは病院と同程度ですか	<input type="checkbox"/> うすい味	<input type="checkbox"/> 同程度	<input type="checkbox"/> こい味
薬の飲み忘れはありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> とときどき	<input type="checkbox"/> たびたび
喫煙していた方は、禁煙していますか	<input type="checkbox"/> 禁煙中	<input type="checkbox"/> 減煙： 本/日	<input type="checkbox"/> 喫煙： 本/日
飲酒している方は、量を教えてください	種類と1日量=		

情報提供自由記載欄