

心不全地域連携クリニカルパス

NO.1

患者氏名		【かかりつけ医】
生年月日	M/T/S/H 年 月 日	医療機関名：
病名		医師名：
併存疾患	HT/CKD/DM/脂質異常症	【急性期病院】
既往歴		荒尾市立有明医療センター
紹介目的	入院加療	医師名：

退院

日付	年 月 日
施設	病院：荒尾市立有明医療センター
アウトカム	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない
身体所見	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 / mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分
血液検査	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン
検査□(必要時)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし 心胸部比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図 心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし
教育(適宜)	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導
コメント	

心不全地域連携クリニカルパス

NO.2

患者氏名	M/T/S/H 年 月 日	
------	---------------	--

	1 か月後 (1回目)	2か月後 (2回目)
日付	年 月 日	年 月 日
医療機関名		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない
身体所見	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分
血液検査	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン
検査 (必要時)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸部比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図 心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸部比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図 心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし
教育(適宜)	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導
コメント		

心不全地域連携クリニカルパス

NO.3

患者氏名	:M/T/S/H 年 月 日
------	----------------

	3か月後（3回目）	4か月後（4回目）
日付	年 月 日	年 月 日
医療機関名		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない
身体所見	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分
血液検査	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン
検査 （必要時）	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸郭比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸郭比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図 心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし
教育（適宜）	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導
コメント		

心不全地域連携クリニカルパス

NO.4

患者氏名	:M/T/S/H 年 月 日
------	----------------

	5か月後（5回目）	6か月後（6回目）
日付	年 月 日	年 月 日
医療機関名		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない	<input type="checkbox"/> 心不全が増悪しない
身体所見	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分	<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 mmHg <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分
血液検査	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン	<input type="checkbox"/> BNPまたは <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> PT-INR <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン
検査 （必要時）	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸郭比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン あり・なし <input type="checkbox"/> 心胸郭比/心拡大 () %/あり・なし <input type="checkbox"/> 心電図 心房細動/あり・なし <input type="checkbox"/> 心エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし	<input type="checkbox"/> 変更 あり・なし <input type="checkbox"/> 中止 あり・なし
教育（適宜）	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導
コメント		