

## 心不全地域連携クリニックパス

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
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		
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ックパス

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	
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"/> 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	
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ックパス

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ックパス

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		