

徳島県心不全地域連携パス（急性期病院 紹介状）

※このパスは心不全手帳とセットで使用します

ID:

患者氏名:

年齢: 歳

生年月日:

年 月 日

性別: 男・女

急性期病院:

入院日(説明日): 年 月 日

心不全の原因疾患

虚血性心疾患 弁膜症

心筋疾患 不整脈

その他 ()

入院時の症状

呼吸困難 倦怠感

浮腫 その他 ()

行われた心不全治療:

酸素投与 陽圧換気

点滴 (利尿薬 強心薬)

集中治療室入室

退院・転院基準: 病態が安定している

予定日: 年 月 日

退院日: 年 月 日

退院時の所見

・退院時体重 (kg)

・左室機能 (LVEF) (%)

・自覚症状 (NYHA) I II III IV

合併疾患

糖尿病 高血圧 認知症

肺疾患 運動器疾患

CKD grade ()

回復期病院(転院):

転院日(説明日): 年 月 日

予定されている診療計画:

リハビリテーションでADLの向上を図ります。必要に応じて介護保険サービスとの連携を取ります。

退院・転院基準: 病態が安定している

予定日: 年 月 日

退院日: 年 月 日

一般・療養病床(転院):

転院日(説明日): 年 月 日

予定されている診療計画:

心不全の再発予防と身体機能の維持を図ります。必要に応じて介護サービスや施設との連携を取ります。

退院基準: 居宅での生活に支障がない

予定日: 年 月 日

退院日: 年 月 日

かかりつけ医(自宅退院):

担当医師:

リハビリ:

(デイサービス含む)

担当者:

施設(施設入所):

担当医師:

訪問看護:

担当者:

【退院時の心不全治療薬】 ※外来で変更する場合があります

・心保護薬 (ACE阻害薬 / ARB ARNI βブロッカー SGLT2阻害薬)

・利尿薬 (利尿薬 トルバプタン MRA) ・抗血栓薬 (抗凝固薬 血小板薬)

【非薬物治療】

弁膜症に対する治療 (手術 カテーテル)

カテーテルアブレーション

デバイス治療 (ペースメーカー ICD CRT)

冠動脈疾患に対する治療 (CABG PCI)

その他 ()

退院後の生活について

*受診の際には毎回心不全手帳を持参していただき、在宅での体重・血圧の状況を確認してください。

・水分制限 あり (mL/日) なし

・在宅酸素療法 (HOT CPAP)

・目標体重 (kg)

心不全アラート: 以下の症状がある場合には、それぞれ受診指示をご検討ください

①・起坐呼吸 ・失神/前失神発作 ⇒ **緊急受診 or 急性期病院受診**

②・労作時の呼吸苦 ・体重増加 (1週間で2kg以上)

・普段より頻脈 ・夜間の咳嗽 ⇒ **早期の受診**

③・食欲不振 ・倦怠感/易疲労感 ・浮腫増悪 ⇒ **1週間以内の受診**

患者記入欄

心不全診療の地域連携・多職種連携のため、この文書を複数の医療施設で共有することに同意します。

日付: 年 月 日

氏名: (続柄)

徳島県心不全地域連携パス

急性期病院：				
入院日：	年	月	日	主治医：
説明日：	年	月	日	看護師：
	入院時	1週間	2週間	退院
目標	症状の改善 点滴や酸素の早期離脱		状態が入院前と同程度に回復 リハビリと服薬管理ができる	
検査	採血・心エコー・心電図・レントゲン検査があります		自宅退院、もしくは転院先の日程調整がつき次第、転院となります	
治療	医師の指示により、点滴、内服、酸素投与を行います 薬剤師が内服について説明します			
食事	状態にあわせて必要な治療食となります 栄養士が食事について説明します			
清潔	洗面の介助、身体拭きをします 医師の許可があればシャワー浴が可能となります			
排泄	症状にあわせて尿道留置カテーテル・尿器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・トイレでの排泄・介助をします			
活動度	状態にあわせて車椅子・歩行器など介助します 転倒に注意します			
リハビリ	医師の指示のもと早期から心臓リハビリを開始します 状態にあわせて安全に活動を広げていきます			
病状説明	医師により状態にあわせて適宜説明があります			
医療相談	必要に応じて医療相談を受けていただき、 転院や今後の生活などについて相談します			

回復期病院(転院)：				
転院日：	年	月	日	主治医：
説明日：	年	月	日	看護師：
	転院日～退院			
目標	心不全症状なく、日常生活が可能になる 体重と塩分、服薬の自己管理ができる			
検査	採血・心エコー・心電図・レントゲン検査 などがあります			
治療	内服治療を継続し、リハビリの状況を確認します			
食事	状態にあわせて必要な治療食となります			
清潔	清潔の介助を行います お風呂の場合は状態によって変更します			
排泄	病状にあわせて尿道カテーテル・尿器・ポータブル トイレ・病棟トイレでの排泄・介助をします			
リハビリ	医師と相談して、杖、歩行器、車椅子、装具の検討、介護 保険サービスの手配、家屋改修指導などを行います			
指導	薬剤師が内服について説明します 栄養士が食事について説明します			
病状説明	医師により状態にあわせて適宜説明があります 今後のことについても説明があります			
医療相談	必要に応じて、介護認定申請手続き・施設入所申し 込みのお願いをします ケアマネージャーとの連絡・調整をします			

患者氏名：

一般・療養病床(転院)：				
転院日：	年	月	日	主治医：
説明日：	年	月	日	看護師：
	状態に応じて期間を決定			
目標	心不全症状なく、日常生活が可能になる 体重と塩分、服薬の自己管理ができる			
検査	採血やレントゲン検査があります			
治療	内服治療とリハビリテーションを継続します			
食事	状態にあわせて必要な治療食となります			
清潔	入浴等で清潔を保ちましょう			
排泄	トイレ歩行しましょう			
リハビリ	適切な運動療法を継続しましょう			
説明	医師により状態にあわせて説明があります			
相談	療養支援について相談を受けます			

かかりつけ医：
担当医師：
施設(施設入所)：
担当医師：
リハビリ(デイサービス含む)：
担当者：
訪問看護：
担当者：