

急性心筋梗塞 地域連携パス（医療者用）

患者氏名 _____ 様

病 院 _____

かかりつけ医 _____ 病院・医院・クリニック _____ 先生

対象：急性期に再灌流治療をうけ、心不全症状の軽い（NYHA II 度以下）急性心筋梗塞患者
 診断名：急性心筋梗塞（責任病変： _____ ） ステント：有（薬剤溶出性ステント）・無
 冠危険因子：高血圧・糖尿病・高脂血症・喫煙・その他（ _____ ） 残存病変：有・無
 心エコー：左室駆出率（ _____ ）%，弁膜症（ _____ ），出血リスク（高・中・低）

★この連携パス（コピー可）は、次回病院に再入院する際に、回収させていただきます。（FAXや郵送でもかまいません）よろしくお願いいたします。

*管理達成目標が未達（例：LDL-C>70mg/dl, HbA1c>7.0%など）の場合、病院へ紹介

施設	病院・センター		かかりつけ医・病院にて定期的に診察・検査								病院（心臓カテーテル検査）	
	入院日（発症日） 年 月 日	退院日 月 日	退院後2週後 月 日	4週後 月 日	6週後 月 日	8週後 月 日	3ヵ月後以降				6～12ヵ月目 年 月 日再入院	
検査 <small>（試行したものにチェックしてください）</small>	心電図		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心臓カテーテル 検査・治療	心カテ（緊急治療） 年 月 日	心カテ治療 年 月 日		心カテ治療 年 月 日							心カテ検査 年 月 日予約
管理 達成目標	胸部症状 <small>（胸痛 息切れ 動悸など）</small>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	異常や未達成があれば下記にチェックしてください <input type="checkbox"/>								なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	
	糖尿病HbA1c<7.0%	達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/>
	血圧 <130/80mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脂質 LDL-C<70mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	禁煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療薬	アスピリン	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	クロピドグレル/プラスグレル	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	抗凝固薬（ワーファリン/DOAC）	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	スタチン（最大耐用量）	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
	エゼチミブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>
	エボロクマブ（レパーサ®）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>
	インクリシラン（レクビオ®）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>
	ACE-I/ARB/ARNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>
	βブロッカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>
胃薬（PPI/PCAB）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ _____ ）							<input type="checkbox"/>	
心臓 リハビリ 運動	運動の継続（30分/日以上・3回/週以上） 脈が（ _____ ）回/分を超えない <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 運動施設		<input type="checkbox"/>	月	日より中止 理由（ _____ ）					<input type="checkbox"/>		
パス逸脱	<input type="checkbox"/> ※バリエーション発生時はFAX（郵送）で送付してください		<input type="checkbox"/>	月	日パス使用中止 理由（ _____ ）					<input type="checkbox"/>		