

FAX送信先 関東労災病院 薬剤部 御中

## 心不全用トレーシングレポート(服薬情報提供書)

処方箋の薬剤を交付時・交付後、電話等にて体調の聞き取りを行いましたのでご報告いたします。

処方医

\_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_先生

報告日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

処方発行日	年 月 日	調剤日	年 月 日
患者ID		保険薬局名	
患者氏名		担当薬剤師	
生年月日	年 月 日	TEL番号	FAX番号
患者または 代諾者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため 報告いたします	

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 体重 \_\_\_\_\_ kg

聞き取り日		/	/	/
《服薬》	薬を飲み忘れないか?	ほとんどなし/月に数日 /週2~3回	ほとんどなし/月に数日 /週2~3回	ほとんどなし/月に数日 /週2~3回
《体重》	毎日の体重測定を行っていますか?	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	○1週間で2kg以上増えている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	◎3日で2kg以上増ふえている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
《むくみ》	○むくみが出るようになった	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
《息苦しさ》	○動くと息苦しい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	◎横になると息苦しい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	◎息苦しさで眠れない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
《血圧》	◎いつもより血圧の変動が激しい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
《食欲》	○食欲がなくなった	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ



《心不全サインの観察》	<input type="checkbox"/> すぐに受診	<input type="checkbox"/> 早めの受診	<input type="checkbox"/> 経過観察
	(◎に「はい」がある場合)	(○に「はい」がある場合)	(それ以外の場合)

薬剤師からの先生へ連絡事項

--------------

先生から薬局へ連絡事項がございましたらご記入をお願いします。

--------------