

処方提案書（心不全専用トレーシングレポート）

【注意】この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は『院外処方箋問い合わせ票』にてお願い致します。

報告日 年 月 日

問い合わせ薬局、住所

薬局名

薬剤師氏名

TEL

FAX

病院薬剤局使用欄	
管理番号	薬局送信者

患者 ID	患者氏名	患者生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (男・女)
診療科	処方医名 先生	処方日 年 月 日 次回受診日 年 月 日

- 患者は処方医への報告に同意しています。
- 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ので報告します。

① 飲み忘れ有無： 無 有 (⇒へ) ⇒ 飲み忘れ頻度： 1 回程度/週 2 回以上飲み忘れ/週  
推測される飲み忘れ薬剤名 ( )

飲み忘れの理由及び指導内容 ( )

薬の管理者： 本人 家族 施設職員 訪問看護師 その他 ( )

② 副作用有無： 無 有 (⇒へ) ⇒ 症状記載 ( )

③ 心不全手帳の管理： 可 (誰が： ) 不可 その他 ( )

④ 心不全症状の有無： 無 有(↓の該当項目に○を付けてください)

【基本体重から 2 kg以上の増加】 【息切れ】 【浮腫】 【食欲低下】 【不眠】 【起坐呼吸】

⑤ バイタルサイン：(測定日：R / / ) 血圧： / 体重： kg

⑥ 心不全増悪時の受診タイミングの理解有無： 無 有

回答できた項目にチェック

2 kg以上体重増加 息切れ むくみ 疲れやすさ 食欲低下 不眠

⑦ 心不全増悪による臨時受診の必要性有無 無 有

⑧ その他、気づいたこと等自由記載をお願いします

【医師解答欄】

- 提案内容を確認しました。
- 下記の通りに対応します。

※返信には数日お時間を頂きます。ご了承お願い致します。