

(記入例)

一宮市立市民病院

処方提案書（心不全専用トレーニングレポート） ver.2

【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 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○ ○○-○-○

薬局名 ○○○○薬局 ○○店

薬剤師氏名 木曾川 花子

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

一宮 太郎

患者生年月日

T・S・H・R ○年 ○月 ○日 (男・女)

診療科

○○科

処方医名

文京 次郎 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

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 (低血圧 (自覚症状なし))

③ 心不全手帳の管理： ☒可 (誰が： 本人) ☐不可 ☐その他 ()

④ バイタルサイン： (測定日： R ○ / ○ / ○) 血圧： □□ / □□ 体重： △△ kg

⑤ 心不全増悪時の臨時受診の目安について理解度の確認

➤ 毎日確認する症状 (回答できた項目にチェック)

☐基本体重から 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

➤ 受診タイミング (回答できた項目にチェック)

☐上記症状が 1 個増加した場合、1 週間以内の受診 ☒上記症状が 2 個以上増加した場合、3 日以内の受診

⑥ 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 ・ 労作時の息切れ ・ むくみ ・ 疲れやすさ ・ 食欲低下 ・ 不眠

安静時の息切れ ・ 起坐呼吸 ・ 血圧の大きな変動 (⇒左記の症状がある場合はすぐに受診が必要です)

⑦ 心不全増悪による臨時受診の必要性有無 ☐無 ☒有 (有⇒その他に詳細の記載をお願いします)

⑧ その他、気づいたこと等自由記載をお願いします

2.3 日前より下肢のむくみが気になりました。体重は 1kg 程度の増加です。労作時の息切れ、疲れやすさは退院時からの症状の悪化は自覚されていないようです。前回受診時にはむくみの症状はなかったとのことであり、1 週間以内の受診の必要性を指導しました。また、臨時受診の目安について回答できなかった項目について指導しました。

【医師解答欄】 ☐報告内容を確認しました。 ☐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。ご了承ください。

問い合わせ先 TEL : 0586-71-1911 内線 (5161) FAX : 0586-23-6016

2026.9 改訂