

名古屋医療センター 心不全地域医療連携パス

■ 急性期病院名		■ かかりつけ医の医療機関名	
名古屋医療センター		地域 :	
患者氏名 (カナ) : ( )		入院日: 西暦 20 年 月 日	
生年月日 年 月 日 ( ) 才		退院日: 西暦 20 年 月 日	
診断名		治療歴	<input type="checkbox"/> 冠動脈カテーテル治療 ( スtent留置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) <input type="checkbox"/> カテーテルアブレーション <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓再同期療法 (CRT/CRTD) <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 (ICD/S-ICD) <input type="checkbox"/> 在宅陽圧呼吸療法 (NPPV) ・ 在宅酸素 (HOT) <input type="checkbox"/> その他 ( )
心不全歴	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 2回目以降		
原因疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 ( <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 ) <input type="checkbox"/> 弁膜症 ( ) <input type="checkbox"/> 不整脈 ( ) <input type="checkbox"/> 心筋症 ( <input type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> HOCM ) <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> その他 ( )	心不全治療薬	<input type="checkbox"/> 利尿剤 ( <input type="checkbox"/> ループ利尿剤 <input type="checkbox"/> サイアザイド系利尿剤 ) <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> V2受容体拮抗薬 (トルバプタン) <input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB <input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> β拮抗薬 <input type="checkbox"/> SGLT2阻害剤 <input type="checkbox"/> 経口強心薬 <input type="checkbox"/> ジギタリス <input type="checkbox"/> その他 ( )
主な増悪因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 怠薬 <input type="checkbox"/> 塩分・水分過多 <input type="checkbox"/> アルコール多飲 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、下記にチェック) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心房細動 ( <input type="checkbox"/> 発作性 <input type="checkbox"/> 持続性 <input type="checkbox"/> 慢性 ) <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( )	その他の治療薬	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input type="checkbox"/> 血糖降下薬
		体重	目標値 : kg
		水分制限	1日 : mlまで
		認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( HDS-R : 点 MMSE : 点 )
追記事項	・ ・ ・		



## FAQ：心不全地域医療連携パスの運用についてよくある質問と回答

	質問	回答
1	パスの運用方法について	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 紹介状に同封されたパス用紙はかかりつけ医で保管してください。</li><li>・ パス用紙には患者様の基本情報と治療内容が一目でわかるように記載されていますので、ご参照ください。</li><li>・ 患者様が経過観察シートを提示された場合は、記入にご協力を宜しくお願い致します。</li><li>・ 患者様が経過観察シートを紛失された場合は、再発行しますので循環器内科外来までご連絡ください。</li></ul>
2	定期診察でお願いしたいこと	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 塩分制限、適度な運動の継続、確実な内服薬の服用の指導を宜しくお願い致します。</li><li>・ 毎日の血圧測定、体重測定、自覚症状（息切れやむくみ等）を心不全手帳に記載するようにご指導ください。</li></ul>
3	当院での定期診察	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 退院日から半年後を目途に外来の予約をさせていただきます。</li><li>・ 心機能評価を行い、心不全治療薬の見直しが必要な場合には変更の提案をさせていただきます。</li></ul>
4	心不全の増悪が疑われるときの対応	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 別紙のごとく、まずは利尿剤の増量でご対応いただき、対応が困難な場合は当院をご紹介ください。</li><li>・ 紹介時は専用のFAX用紙をご活用ください。ホームページ医療連携部門からダウンロードできます。</li><li>・ 緊急を要する場合には、直通電話もしくは救急外来にご連絡ください。</li></ul>

## 心不全増悪が疑われる場合の対応

- 以下の症状があれば、利尿剤の増量でご対応いただき、対応困難な場合には、すみやかに当院へご紹介ください。

患者さん・ご家族等

- 普段の体重より1週間で2Kg以上増加
- 安静時の心拍・脈拍数が120回/分以上
- 安静時・臥床時の呼吸困難
- 運動や作業により息切れが増悪



心不全が悪化している可能性があります  
かかりつけ医や病院を受診しましょう



かかりつけ医

### 利尿薬の増減で対応

処方に右記を追加

フロセミド10~40mg  
もしくは  
アゾセミド15~60mg  
±  
フルイトラン  
もしくは  
ナトリックス0.5~1.0mg

### ★以下、1つでもあてはまれば 当センターの受診を

- 利尿薬増減では対応困難
- 緊急の対応が必要
- BNP > 500
- NT-proBNP > 2500

- 平日8:30-19:30、土曜日8:30-12:30 循環器内科当番医直通TEL **052-961-6790**
- 上記以外の時間帯は救急外来にご連絡ください。
- お急ぎでない場合は、心不全ホットラインFAX用紙にて予約してください。