

次回外来予約日: 年 月 日
 報告日: 年 月 日

心不全 服薬情報提供書

担当医 循環器科 先生御机下	保険薬局(名称・所在地)
患者ID: 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	電話番号: FAX番号: 担当薬剤師名:
情報提供に対する患者または代諾者からの同意 <input type="checkbox"/> 同意を得た	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
 上記の患者様について、GDMTスコアの評価・心不全症状の確認を行いましたので報告いたします。

確認事項(右欄にチェック)	有	無	コメント
① 残薬の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	残薬日数:
② むくみ・体重増加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 労作時の息切れ・呼吸苦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 食欲不振・過労	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■GDMTスコア: 他院からの処方も合わせて評価をお願いします。

<p>◆ACE阻害薬/ARB</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エナラプリルマレイン酸塩 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>5mg/日未満(1点) <input type="checkbox"/>5mg/日以上(2点) ・プロプレス(カンデサルタン) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>4mg/日未満(1点) <input type="checkbox"/>4mg/日以上(2点) ・上記以外のACE阻害薬/ARB <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1日最大量の半分未満(1点) <input type="checkbox"/>1日最大量の半分以上(2点) 	<p>◆MRA(2点) ※用量不問</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>スピロラクトン <input type="checkbox"/>セララ(エプレレノン) <input type="checkbox"/>ミネプロ(エサキセレノン) <input type="checkbox"/>ケレンディア(フィネレノン)
<p>◆ARNI (3点) ※用量不問</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>エンレスト(バルサルタン/サクビトリル) 	<p>◆β遮断薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カルベジロール <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>10mg/日未満(1点) <input type="checkbox"/>10mg/日以上(2点) ・ビソプロロール <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>2.5mg/日未満(1点) <input type="checkbox"/>2.5mg/日以上(2点)
<p>◆その他(1点) ※用量不問</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ベリキューボ(ベルイシグアト) <input type="checkbox"/>コララン(イバブラジン) 	<p>◆SGLT2阻害薬(2点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>フォシーガ(ダパグリフロジン)10mg/日 <input type="checkbox"/>ジャディアンス(エンパグリフロジン)10mg/日以上

合計
点

<問題点に対するアセスメントと介入、その他報告事項>