

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:	電話番号:
患者氏名:	FAX番号:
生年月日: 年 月 日	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 ☐ 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	☐	☐	残薬日数:
② むくみ・体重増加	☐	☐	
③ 労作時の息切れ・呼吸苦	☐	☐	
④ 食欲不振・過労	☐	☐	

■GDMTスコア: 他院からの処方も含わせて評価をお願いします。

◆ACE阻害薬/ARB ・エナラプリルマレイン酸塩 □5mg/日未満(1点) □5mg/日以上(2点) ・プロプレス(カンデサルタン) □4mg/日未満(1点) □4mg/日以上(2点) ・上記以外のACE阻害薬/ARB □1日最大量の半分未満(1点) □1日最大量の半分以上(2点)	◆MRA(2点) ※用量不問 □スピロノラクトン □セララ(エプレレノン) □ミネブロ(エサキセレノン)
◆ARNI (3点) ※用量不問 □エンレスト(バルサルタン/サクビトリル)	◆β遮断薬 ・カルベジロール □10mg/日未満(1点) □10mg/日以上(2点) ・ビソプロロール □2.5mg/日未満(1点) □2.5mg/日以上(2点)
◆その他(1点) ※用量不問 □ベリキューボ(ベルイシグアト) □コラン(イバブラジン)	◆SGLT2阻害薬(2点) □フォシーガ(ダパグリフロジン)10mg/日 □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>