**トレーシングレポート（心不全患者用）**

〒698-8501 島根県益田市乙吉町イ103-1

益田赤十字病院

薬剤部直通 FAX番号：0856-32-3322

[ ]  情報提供にあたり患者または代諾者の同意を得た

　　　　[ ]  患者は拒否したが、治療上重要だと思われるため報告した

報告日：

処方医：　　　科　　　　　医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方箋発行日 |  | 調剤日 |  |
| 患者ID |  | 薬局名 |  |
| 患者氏名 |  | 薬剤師名 |  |
| 生年月日 |  |

**・服薬コンプライアンス**　[ ]  良好　[ ]  不良

**・副作用の有無**　[ ]  有（詳細を「報告・提案事項」に記載してください）　[ ]  無

**・心不全症状の有無**　　（血圧：　　/　　mmHg、脈拍数　　回/分）

[ ]  動悸、息切れ　　　　　　[ ]  尿量の低下

[ ]  胸痛　　　　　　　　　　[ ]  浮腫の悪化

[ ]  体重の増加（過去　　日間で　　kg増加）

[ ]  横になると呼吸困難が強まり、上体を起こすと症状が緩和する（起坐呼吸）

【受診勧奨目安：3日以内に2kg以上の体重増加、浮腫の増加、起坐呼吸 など】

**・報告・提案事項**

**緊急での対応はいたしません。**

**緊急の場合は処方医へ直接疑義照会をお願いいたします。**