

# 南長野心疾患地域連携パス 連携手帳 第2版



病院・歯科医院・薬局で、  
また医療・介護サービスを受ける時にお見せ下さい。

## 目次

(本紙の裏) 患者さんが医療機関に相談する目安

### あなたの情報・注意点

あなたの情報  
生活上の注意点

### 地域で連携

地域で連携して患者さんを診る \*  
困ったことがあったら相談しましょう \*  
視聴した講義の内容

### 医療・介護連携

おくすり  
心疾患医療連携記録  
医療・介護スタッフ連携ノート  
心リハ多職種連携シート

### 心不全と診断されたら

心不全と診断されたら考えていきたいこと \*  
人生会議

### 毎日の記録

家庭血圧・体重測定の測定方法 \*  
毎日の記録 \*

\* 日本心不全学会『心不全手帳』(2022年10月第3版)を元に許可を得て作成

症状が悪化した時の対応については裏面をご覧ください。

# 患者さんが医療機関に相談する目安

## 心不全

### 危険

- ・ 苦しくて横になれない
- ・ 安静時にも息苦しさあり

### 要注意

- ・ 1週間で2kg以上の体重増加
- ・ 足のむくみの悪化
- ・ 動いた時の息切れの悪化
- ・ 動悸(脈が早くなる)が続く

### 注意

- ・ 基準体重から3kg以上の体重増加(呼吸困難の悪化なし)

かかりつけ医ではなく、  
すぐに総合病院を救急受診  
(必要時は救急車)

当日もしくは翌日に  
かかりつけ医に相談

1週間以内に  
かかりつけ医に相談

## 心筋梗塞・狭心症

心筋梗塞や狭心症の痛みは重苦しさ、圧迫感、絞扼感、息がつまる感じ、焼け付くような感じが多い。  
範囲はあごや首、肩や腕、みぞおちに広がることもある。

心筋梗塞や狭心症では上記のような症状が出現することが多いです。

その症状が…

### 危険

- ・ 15分以上続く
- ・ 頻度が増加
- ・ 持続時間が延長
- ・ 安静時に出現

### 要注意

- ・ 歩いたり、重い物を運んだりした時に出現(発作開始から2か月以内)

### 注意

- ・ 歩いたり、重い物を運んだりした時に出現(発作開始から2か月以上)

かかりつけ医ではなく、  
すぐに篠ノ井総合病院を救急受診  
(必要時は救急車)

当日もしくは翌日に  
かかりつけ医に相談

# あなたの情報

病名	
----	--

氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
住所	
電話番号	

## ○緊急連絡先

氏名	
あなたとの関係	
住所	
電話番号	

## ○あなたのかかりつけ医

医療機関名	
電話番号	
診療科・医師名	診療科 医師名

## ○あなたのかかりつけ歯科医

医療機関名	
電話番号	
医師名	

## ○あなたのかかりつけ薬局

薬局名	
電話番号	

## ○今まで治療した病気

病気の名前	治療した医療機関名

## ○介護認定

介護度	要介護	1・2・3・4・5
	要支援	1・2
担当者(ケアマネージャー)名		
担当者連絡先		

## ○利用介護事業所(デイケア/サービス/通所リハ/訪問介護)

介護事業所名	
電話番号	
介護事業所名	
電話番号	

# 生活上の注意点

記載日 年 月 日

○目標体重：( )kg (基準 / 減量 / 増量)

○食事目標(1日量)

塩分： ( )g

エネルギー： ( )kcal (制限 / 摂取推奨)

たんぱく質： ( )g

脂質制限： 有( ) ・ 無

カリウム制限： 有 ・ 無

水分制限： 有( )ml ・ 無

○禁煙： 要 ・ 不要 (喫煙歴なし・禁煙済)

○運動目標

・有酸素運動：歩行 ・ 自転車( )watt  
目標心拍数( )/分、Borg( )  
1回( )分、週( )回

・レジスタンストレーニング：

( ) ( )回×( )セット  
( ) ( )回×( )セット  
( ) ( )回×( )セット

その他

# 地域で連携して患者さんを診る

心不全は、継続的な医療が必要です。心不全の症状は大きく変化して、状態や時期によって必要な医療・ケアが異なります。このため、近隣の医療機関や施設が協力し合って、病状に応じた質の高い医療・ケアを提供します。

## 急性期



救急医療や集中治療、専門治療を行います。

## 回復期



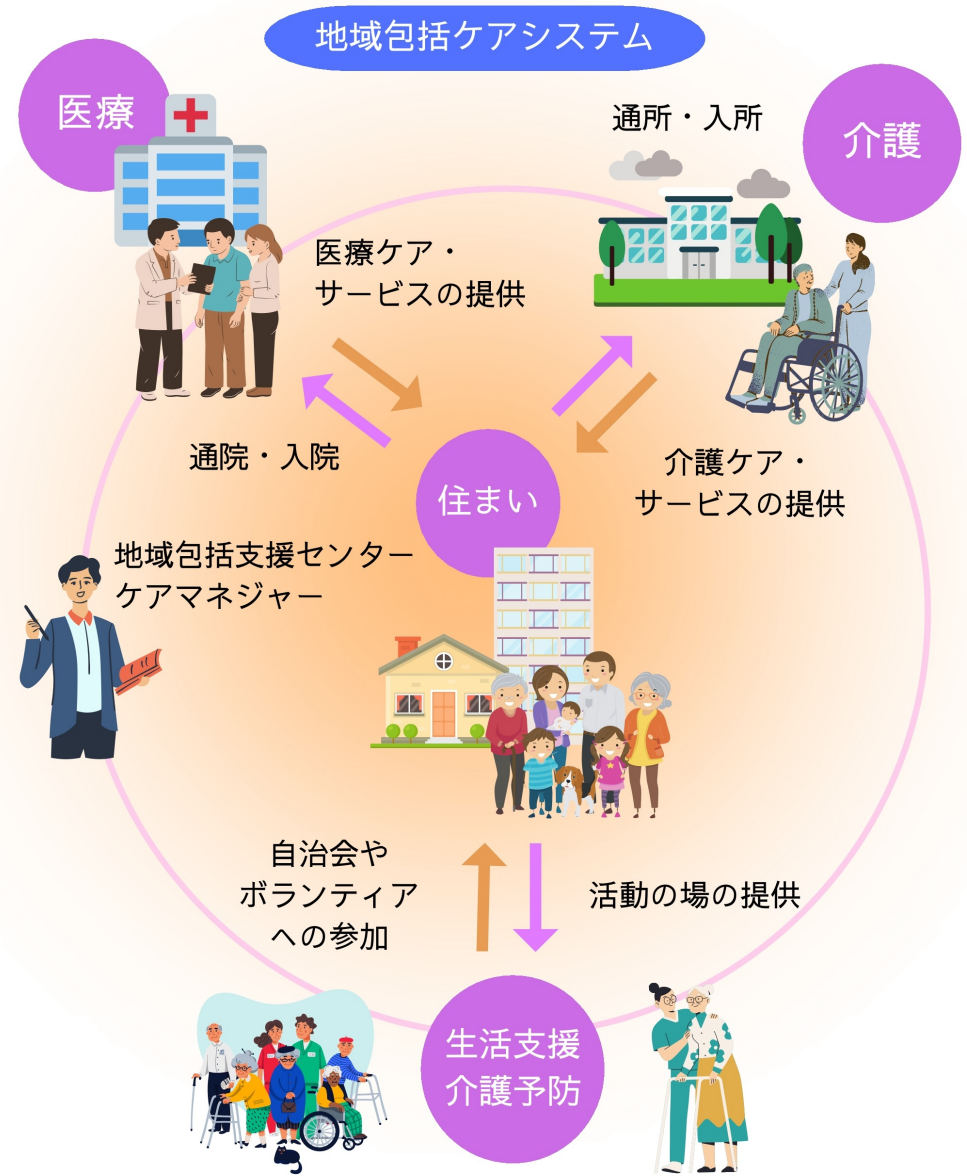
日常生活への復帰に向けた治療やリハビリテーションを行います。

## 維持期



慢性化の治療、管理、療養などを行います。

あなたがついいろいろな病気の状態をよく知るかかりつけ医をもちましょう。かかりつけ医をもつことで、病状に応じた早めの対応がとれて、的確に専門医を紹介することができます。





あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録

# おくすり

変更があれば手書きもしくはシールを貼ってください。

# おくすり

変更があれば手書きもしくはシールを貼ってください。

# 心疾患(心不全・心筋梗塞・狭心症・心臓外科手術後)医療連携

次回 総合病院循環器科受診目安 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

病院名 篠ノ井総合病院/長野松代総合病院 \_\_\_\_\_ 医師 <◇> 医院名 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

退院時/総合病院外来 年 月 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
身体所見	体重 目標/基準( kg)												
	血圧												
	脈拍 不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整
	むくみ												
検査結果など	BNP / NT-proBNP BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro
	Cr												
	LDL-C (直接 or F式) (目標 )												
	TG (空腹時 or 随時) (目標 )												
	PT-INR (目標 )												
	(目標 )												
	その他検査 ECG,X-p, エコーなど												
	歯科受診	月 日	所見:										

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録

# 心疾患(心不全・心筋梗塞・狭心症・心臓外科手術後)医療連携

次回 総合病院循環器科受診目安 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

退院時/総合病院外来 年 月 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
身体所見	体重 目標/基準( kg)												
	血圧												
	脈拍 不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整	不整
	むくみ												
検査結果など	BNP / NT-proBNP BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro	BNP / NT-pro
	Cr												
	LDL-C (直接 or F式) (目標 )												
	TG (空腹時 or 随時) (目標 )												
	PT-INR (目標 )												
	(目標 )												
その他検査 ECG,X-p, エコーなど													
歯科受診	月 日	所見：											

# 医療・介護スタッフ連携ノート

年月日	記入者 宛先	コメント	確認者
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		

年月日	記入者 宛先	コメント	確認者
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		
	▼		

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録



# 心不全と診断されたら考えていきたいこと

## ① 病気との付き合い方

心不全を悪くしないためのコツを知り、上手に付き合いながら生活することが大切です。この手帳を利用して、自分のからだの変化に目を向けましょう。

調子が悪くなったときは、そのサインに早めに気づいて受診することで、心臓へのダメージを最小限にとどめることができます。

## ② 心不全が悪くなってしまったときに備える

治療方法を選択する際には、あなたが生きる上で大切だと思っていること(価値観)や、どのように生活したいかという気持ちはとても大切です。そういったイメージを医療者に伝えて、一緒に治療の目標を考えていきましょう。

もしもあなたが自分の意思を伝えることができない状態になった場合でも、あなたの考えを一番理解し、代弁できるご家族や親しい人がいると心強いです。日頃から考えを伝えておくようにしましょう。

このような話し合いの過程を“アドバンス・ケア・プランニング(ACP)”、といいます。

### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

「人生会議」とも呼ばれ、自分が大切にしていることや望み、どのような医療やケアを希望するかについて自ら考え、信頼する人たちと話し合い共有することをいいます。あなたが自分の意思を伝えることができない状態になった場合でも、自分が望む生活や医療・ケアを受けるためにとても重要です。

痛いことや苦しい思いは絶対にいやだなあ。



私には家族との時間が一番大切。家で過ごす時間を何よりも大切にしたいわ。



孫の成長が楽しみだから、できる治療があるなら頑張りたい。



調子が悪いときには、病院にいるのが一番安心できるわ。



## 人生会議の記録

最初に長野市発行の「もしものときの医療・ケアの心づもり」を参照ください。このページはあなたが「最期まで自分らしく生きる」ことを支えるためのものです。希望時にはいつでも変更できます。この用紙をもとにあなたが「自分らしく生きる」ためのお話をさせていただくことがあります。

・あなたが大切にしていること、大切にしたい生活など

- ・最期のときを過ごしたい場所の希望は  
自宅    病院    施設    その他( )
- ・治療をしても回復が望めない場合に希望する延命治療について(複数選択可)  
心臓マッサージなどの心肺蘇生術    人工呼吸器の使用  
胃ろうによる栄養補給    鼻・胃チューブによる栄養補給  
点滴による栄養補給(中心静脈栄養)    点滴で水分のみ  
延命よりも痛みや苦痛を取り除くための処置を優先してほしい  
その他( )
- ・あなたの思いを繋いでくれる人(医療代理人)はどなたですか？  
その人に人生会議に参加してほしいことを伝えていますか？  
名前：                      続柄：                      伝えている    伝えていない
- ・もしもあなたが意思表示できなくなった場合、上記内容を  
私が望んでいたとおりにしてほしい  
私が望んでいたことを考慮して、私の医療代理人と医療・介護従事者で  
相談して決めてほしい  
私が望んでいたことと違って、私の医療代理人、医療・介護従事者で  
相談して決めてほしい  
その他( )

記入日                      年                      月                      日                      本人サイン

## 人生会議の記録

最初に長野市発行の「もしものときの医療・ケアの心づもり」を参照ください。このページはあなたが「最期まで自分らしく生きる」ことを支えるためのものです。希望時にはいつでも変更できます。この用紙をもとにあなたが「自分らしく生きる」ためのお話をさせていただくことがあります。

・あなたが大切にしていること、大切にしたい生活など

- ・最期のときを過ごしたい場所の希望は  
自宅    病院    施設    その他( )
- ・治療をしても回復が望めない場合に希望する延命治療について(複数選択可)  
心臓マッサージなどの心肺蘇生術    人工呼吸器の使用  
胃ろうによる栄養補給    鼻・胃チューブによる栄養補給  
点滴による栄養補給(中心静脈栄養)    点滴で水分のみ  
延命よりも痛みや苦痛を取り除くための処置を優先してほしい  
その他( )
- ・あなたの思いを繋いでくれる人(医療代理人)はどなたですか？  
その人に人生会議に参加してほしいことを伝えていますか？  
名前：                      続柄：                      伝えている    伝えていない
- ・もしもあなたが意思表示できなくなった場合、上記内容を  
私が望んでいたとおりにしてほしい  
私が望んでいたことを考慮して、私の医療代理人と医療・介護従事者で  
相談して決めてほしい  
私が望んでいたことと違って、私の医療代理人、医療・介護従事者で  
相談して決めてほしい  
その他( )

記入日                      年                      月                      日                      本人サイン

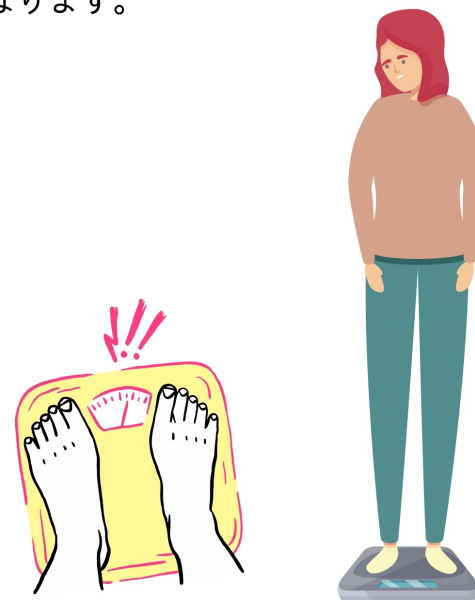
## 家庭血圧の測定方法

- 血圧計は平らな場所に置き、測定位置が心臓と同じ高さにくるようにし、毎日同じ条件で測定しましょう。
- 血圧測定前1～2分間は座って安静にし、呼吸を整えてから測定しましょう。
- 食事、入浴、運動後の測定は避けましょう。
- 毎日決まった時間帯に測定しましょう。  
(起床後1時間以内、排尿後、朝食前、服薬前の測定が望ましい)
- 上着やセーターなどで腕を圧迫しないように、できるだけ薄着で測定しましょう。
- 測定した値(血圧・脈拍)は必ず記録し、経過を確認しましょう。
- 記録したものは、定期受診の際に医師に見せましょう。



## 体重測定の目的・方法

体重増加は、心不全の徴候(きざし)を早期に発見するための手がかりとなります。



- 体重計は平らな床に置き、毎日同じ条件で測りましょう。  
体重計の置き場所は、畳や絨毯の上は避けましょう。
- 毎日決まった時間に測りましょう。  
(朝起きて排尿した後が最も安定しています)
- できるだけ薄着で、いつもと同じような服装で測りましょう。
- 測定した体重は必ず記録し、経過を確認しましょう。  
記録したものは、定期受診の際に医師に見せましょう。



# 毎日の記録 記入例を参考に、記入しましょう。

2025年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15	6/16	6/17	6/18	6/19	6/20	6/21
体重(kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	58.8	57.9	57.8	57.5	57.8	57.6	57.7	58.0
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	110/72 ( 68 )	112/80 ( 72 )	119/79 ( 78 )	105/69 ( 62 )	123/83 ( 66 )	110/70 ( 69 )	118/72 ( 79 )	111/71 ( 73 )	120/85 ( 82 )	115/72 ( 65 )	122/83 ( 63 )	108/80 ( 70 )	113/75 ( 68 )	120/80 ( 66 )
	寝る前 (脈拍回/分)	111/71 ( 66 )	120/85 ( 68 )	108/69 ( 70 )	105/72 ( 65 )	110/72 ( 65 )	108/69 ( 82 )	105/80 ( 73 )	110/70 ( 79 )	113/75 ( 69 )	110/70 ( 66 )	120/80 ( 62 )	105/69 ( 78 )	115/72 ( 72 )	111/71 ( 68 )
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×で記入)		○	×	○	○	×	×	○	○	○	○	×	○	○	○
服薬	朝	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	昼	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	夜	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	昼	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	夜	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

メモ

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	昼	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	夜	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

メモ

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	昼	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	夜	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

メモ

あなたの情報・  
注意点

地域で連携

医療・介護連携

心不全と  
診断されたら

毎日の記録



# 毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
自覚 症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×)															
服薬	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>