

中河内圏域急性心筋梗塞地域連携パス

急性期病院名 地方独立行政法人 市立東大阪医療センター		経過		退院時 月 日		退院 週後 月 日		
住所 東大阪市西岩田三丁目4番5号		TEL 06-6781-5101		受診医療機関		急性期病院		
ID:		患者氏名: (歳)		狭心症症状		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
入院月日 (西暦 年 月 日)		入院前の喫煙 無・有		心不全の悪化		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
診断: 心筋梗塞 発症日 (西暦 年 月 日)		入院時 maxCPK U/l		脈不整 (脈拍/分)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (/分)		
基本情報	治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> 血栓溶解 <input type="checkbox"/> 保存的治療		冠動脈形成術実施日 (平成 年 月 日)		心雑音		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	冠動脈形成術施行部位		<input type="checkbox"/> 右冠動脈 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 # <input type="checkbox"/> 左前下行枝 # <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5		喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	通常ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		薬剤溶出性ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		血圧		mmHg mmHg	
	残存虚血部位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		退院時の狭心症症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		脂質		LDL-C mg/dl mg/dl	
	退院後心臓リハビリ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		退院後運動許容範囲		HDL-C mg/dl mg/dl		TG mg/dl mg/dl	
	<input type="checkbox"/> 入院前の労作可能 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲の労作可能 <input type="checkbox"/> きわめて温和な労作可能		退院時心エコー Dd/Ds: / (mm) EF: %		糖尿病		HbA1c 国際単位 国際単位	
	退院時心エコー		退院時心エコー		どちらか		糖尿病あり % %	
	退院時心エコー		退院時心エコー		★		血糖値 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	
	退院時心エコー		退院時心エコー		体重		mg/dl mg/dl	
	退院時心エコー		退院時心エコー		合併症		白血球数 /μl /μl	
退院時処方	アスピリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		血小板数		万/μl 万/μl	
	ACEIorARB <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		肝障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	β遮断薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		血管拡張薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		クレアチニン		mg/dl mg/dl	
	スタチン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		アスピリン		<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与 <input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	
	糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		クロピドグレル又はチクロピジン		<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与 <input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	
	その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (商品名:)		コメント)		その他(<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与 <input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	
	コメント)		コメント)		検査計画		血算,生化学 ○ ○	
	コメント)		コメント)		心電図		○ ○	
	コメント)		コメント)		胸部エックス線		○ ○	
	コメント)		コメント)		心エコー		○ ○	
コメント)		コメント)		その他		冠動脈造影 NTG舌下、INR等		

経過		退院2ヶ月後		3ヵ月後		6ヵ月後		9ヵ月後		1年後		
		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	
受診医療機関												
狭心症症状		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
心不全の悪化		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
脈不整(脈白/分)		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/分)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/分)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/分)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/分)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/分)	
心雑音		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
冠危険因子	喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	血圧	mmHg		mmHg		mmHg		mmHg		mmHg		
	脂質	LDL-C	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl	
		HDL	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl	
		TG	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl	
	糖尿病 どちらか ★	HbA1c	国際単位		国際単位		国際単位		国際単位		国際単位	
		血糖値	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 空腹時
体重	kg		kg		kg		kg		kg			
合併症	白血球数	/μl		/μl		/μl		/μl		/μl		
	血小板数	万/μl		万/μl		万/μl		万/μl		万/μl		
	肝障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	クレアチニン	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		
抗血小板	アスピリン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	
	クロビドグレル又はチクロピジン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	
	その他薬名()	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 非投与	
検査計画	血算,生化学	○		○		○		○		○		
	心電図	△		○		○		○		○		
	胸部エックス線			△		○		△		○		
	心エコー			△		△		△		○		
	冠動脈造影(予定日: 年 月)											
その他	NTG舌下、INR等											