

かかりつけ医	心不全地域連携クリニカルパス B 4回目以降に使用します。		
フリガナ			
患者名			

		回目	回目	回目	回目
診察日					
体重		kg	kg	kg	kg
目標体重		kg	kg	kg	kg
血圧(mmHg)		mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg
脈拍		拍/分 整・不整	拍/分 整・不整	拍/分 整・不整	拍/分 整・不整
SPO2		%	%	%	%
浮腫		右 左	右 左	右 左	右 左
胸部レントゲン	心胸比	%	%	%	%
	うっ血	- ± +	- ± +	- ± +	- ± +
	胸水	- ± + Ⅱ	- ± + Ⅱ	- ± + Ⅱ	- ± + Ⅱ
NT-proBNP		pg/mL	pg/mL	pg/mL	pg/mL
クレアチニン		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
内服管理					

次回検査日	次回診察日
<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他 ()	

備考欄	
回目	備考欄 当センターの主治医からの連絡内容を記載します。
回目	
回目	
回目	