

## 慢性心不全・心雑音・高血圧紹介チェックシート

安定している慢性心不全、心雑音聴取、高血圧、その他の場合は以下のチェックシートをご紹介時の参考にしていただき、可能であればこちらのシートも診療情報提供書に添付をお願いいたします。

【心不全評価項目】（該当項目にチェックを入れてください）

血圧            /            mmHg、脈拍            /回    整，不整

- A) 体重増加    (            ) kg増加/ (    ) 週間
- B) 労作時呼吸苦・息切れ            いつから (            日前)
- C) 顔面もしくは下腿浮腫    いつから (            日前)
- D) 全身倦怠感            いつから (            日前)
- E) 食欲不振            いつから (            日前)
- F) 胸部レントゲン異常 (  肺うっ血    胸水貯留    心胸郭比増大)
- G) BNP  $\geq 35$ pg/ml あるいは NT-pro BNP  $\geq 125$ pg/ml
- H) 動悸・脈不整
- I) 心雑音
- J) 意識消失発作
- K) コントロール困難な高血圧
- L) 患者様が心臓の不安を訴える場合
- M) その他主治医の先生のご判断で循環器内科受診が必要な場合