

虚血性心疾患 地域連携パス
【かかりつけ医療機関用】

診療計画書

ID _____
氏名 _____ 様

診察時期 (受診日)		退院後2週間目 月 日	(退院後4週間目) 月 日	退院後6週間目 月 日	以降2~4週毎 月 日	6ヶ月以降 月 日
検査	心電図・X線など	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> X線		<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> X線		状況経過により、冠動脈造影または冠動脈CTのfollowを行います。 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし
	血液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 冠危険因子 TG、LDL、HDL、血糖、HbA1c、Cre <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤の副作用 末血、血液像、GOT、GPT、LDH、T-Bil、ALP、 γ -GPT、CK	<input type="checkbox"/> 冠危険因子	<input type="checkbox"/> 副作用チェック (パナルジン内服時)	<input type="checkbox"/> 副作用チェック		
薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 抗血小板剤の注意・副作用時の対応	◆エフィエント、プラビックス、コンプラビン内服時は開始後2か月間まで2週間毎の血液検査で、副作用チェックをお願いします。 ◆副作用出現時は当院までご相談ください。				
管理	<input checked="" type="checkbox"/> 下記の管理目標値を参照ください	胸部症状や心電図変化など、精密検査が必要な場合、内服薬の相談、心臓リハビリ(運動療法)や栄養指導が必要な場合、当院までご紹介ください。 ⇒連携パスの「診療情報提供書」をご利用下さい				

〇〇病院	次回入院予定日: _____		
診断	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	
冠動脈形成術 (PCI)	施行日	治療部位	※使用ステント
抗血小板剤	<input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> エフィエント	<input type="checkbox"/> プレタール
心臓リハビリ	()での運動療法 <input type="checkbox"/> 施行中 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 希望せず		

管理目標値			
血糖	<input type="checkbox"/> HbA1c	()%未満	*糖尿病治療ガイド参照
脂質	<input type="checkbox"/> 中性脂肪(TG)	150mg/dL未満	
	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール	100mg/dL未満	
	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール	40mg/dL以上	
血圧	管理対象疾患		病院血圧 (mmHg)
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞・糖尿病・慢性腎臓病		家庭血圧 (mmHg)
	<input type="checkbox"/> 狭心症(65歳未満)	130/80未満	125/75未満
	<input type="checkbox"/> 狭心症(65歳以上)	130/85未満	125/80未満
		140/90未満	135/85未満

※使用ステントによる抗血小板剤の管理
 バイアスピリンは生涯内服してください。
 DES(薬剤溶出性ステント) :最低1年間抗血小板剤を内服
 BMS(非薬剤溶出性ステント) :最低1ヶ月間は抗血小板剤を内服

☆〇〇病院 〇〇課 (TEL) _____ (FAX) _____
 ☆緊急時は△△△へ。(TEL) _____ (FAX) _____

〇〇病院 〇〇科