心不全自己管理表

１冊 目

受診するときにお持ちください

様

使用開始日　　年　　月　　日

あなたの退院時の体重は

kgです

藤枝市
心不全連携チーム

あなたの情報を記入しましょう

あなたの情報	氏　　名 生年月日　　年　　月　　日
家族等の緊急連絡先	①氏　名【　　】
	続 き 柄
	連 絡 先
	②氏　名【　　】
	続 き 柄
	連 絡 先
かかりつけ医	主 治 医【　　】
	電話番号
	施 設 名
かかりつけ薬局	電話番号
	施 設 名
ケアマネジャー	担 当 者【　　】
	電話番号
	事業所名
訪問看護ステーション	担 当 者【　　】
	電話番号
	施 設 名
サービス事業所	担 当 者【　　】
	電話番号
	事業所名
	担 当 者【　　】
	電話番号
	事業所名
	担 当 者【　　】
	電話番号
	事業所名

心不全とはどんな病気

心不全は、全身に血液を送る心臓の機能が低下し、
息切れやむくみなどの症状が起こり心臓の能力が落ちて
しまった状態を言います。

心不全の症状

横になれないほどの息苦しさ

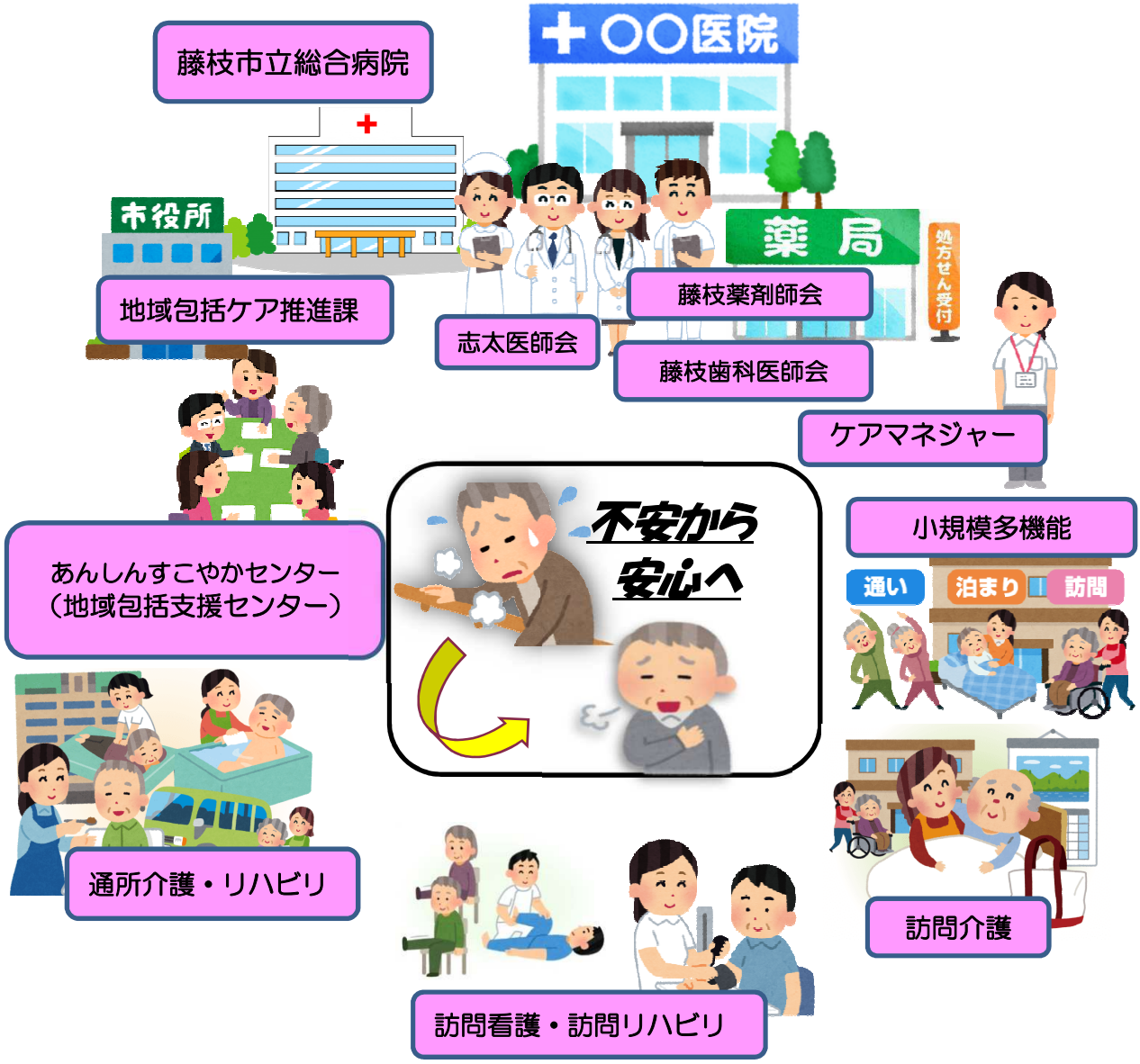
体重の増加

坂道・階段での息切れ

足のむくみ

食欲不振

心不全の悪化での再入院を防ぐためには、決められたこと（水分・塩分・お薬を飲む、体重を測る等）を守り、状態の変化にできるだけ早く気づき、医療機関へ受診することが大切です。

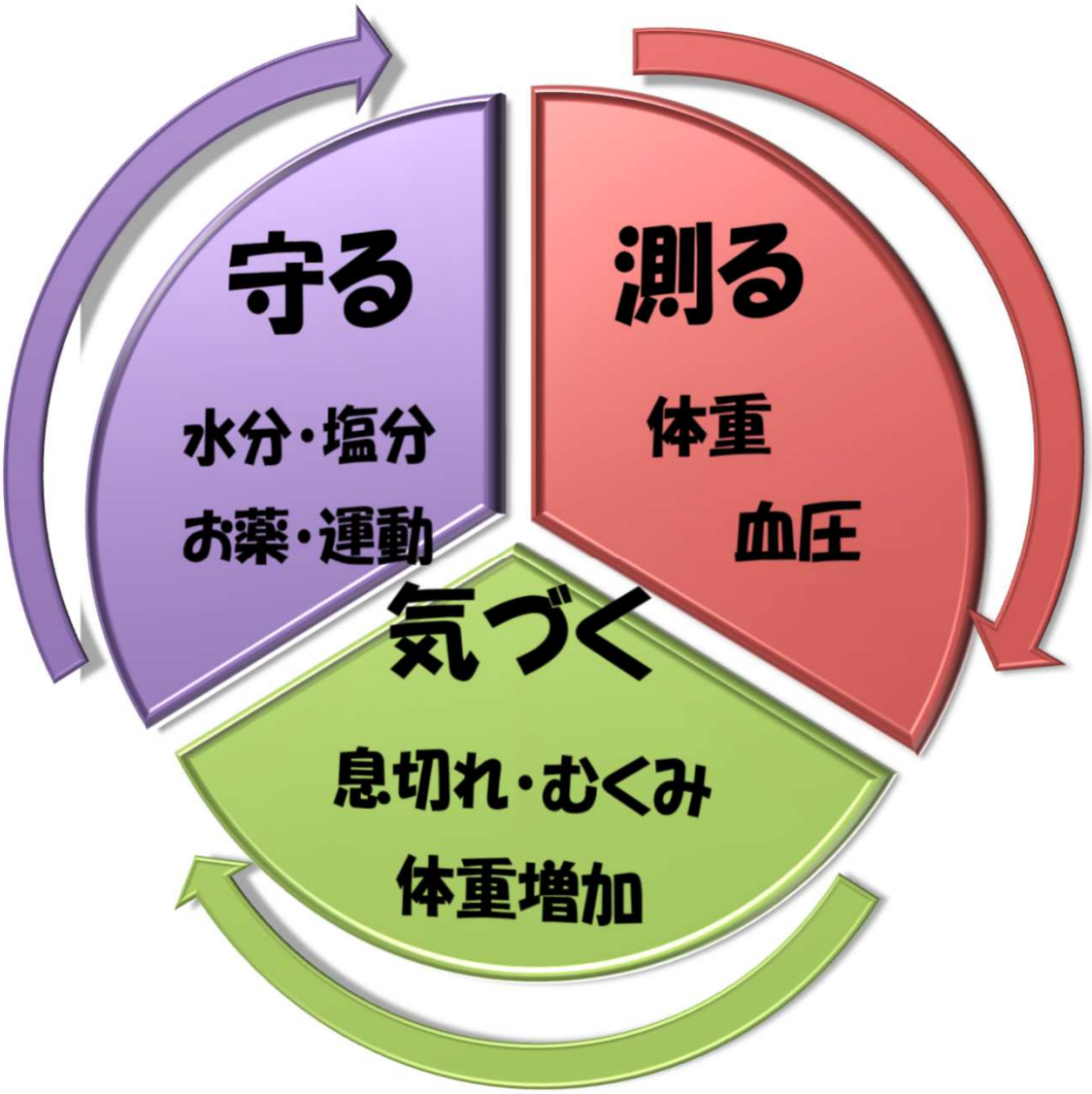


患者さん本人、家族はもちろんケアマネジャー、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、デイサービス、ショートステイの職員の皆さんもレッドカード、イエローカードでの「気づき」は心不全の悪化を防ぎます。

自己管理の方法

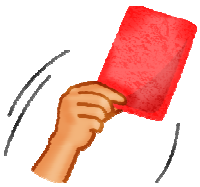
「守る」　「測る」　「気づく」

この3つを毎日続けていきいきとした日常生活を送り、症状をすこしでも軽く、再入院をしないことを目指しましょう。



心不全のサインは **レッドカード** **イエローカード** で判断します

レッドカード！



横になれない
ほどの
息苦しさ

すぐ受診

・咳が出て眠れない
・なにもしていないのに息苦しい

イエローカード2枚 で レッドカード！

イエローカード！

体重が
目標体重より
【　　】キロ
以上増えた

かかりつけ医へ
早めに受診

①動いた時に
　息切れがある
②足のむくみが
　ある
③食欲不振

２つ以上症状が
あればかかりつけ医
を受診

心不全管理記録用紙

○　○　○　○ 様

目標体重　49.0 kg　（ 2 ）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		4/1 （ 木 ）	4/2 （ 金 ）	4/3 （ 土 ）	4/4 （ 日 ）	4/5 （ 月 ）	4/6 （ 火 ）	4/7 （ 水 ）
朝	血 圧	110/55	124/60	118/76	130/78	138/82	120/78	134/81
	脈 拍 （回/分）	77	82	74	81	76	87	86
夕	血 圧	120/65	144/84	130/82	140/88	126/74	132/80	128/65
	脈 拍 （回/分）	78	88	74	84	82	92	88

今日の体重（kg）	49.5	49.9	49.5	50.1	50.6	51.2	51.4
目標体重との差	＋0.5	＋0.9	＋0.5	＋1.1	＋1.6	＋2.2	＋2.4

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）	○	○	○	○	○	×	×
BNP ／ CTR その他						体重増加 早めに受 診が必要	息切れで 苦しい すぐに受診

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

心不全管理記録用紙

記録用紙の記入は患者さん・ご家族が書いてください。
書けない場合は医療・介護の関係者にお願いして下さい。

目標体重 _____kg （　　）kg増えたらイエローカード

月 ／ 日 曜 日		／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）	／ （　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）							
目標体重との差							

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月 ／ 日 曜 日		／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）	／ （　　）
朝	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
朝	脈 拍 （回/分）							
夕	血 圧	／	／	／	／	／	／	／
夕	脈 拍 （回/分）							

今日の体重（kg）								
目標体重との差								

目標体重より（　　）kg以上増えたらイエローカードです。早めの受診が必要です。

動いた時の息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
むくみが増えた	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
食欲不振	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

3つのうち2つ以上当てはまればイエローカードです。早めの受診が必要です。

横になれないほどの息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

この症状が出た時はレッドカードです。すぐ受診してください。

内服薬 飲んだ時 ○	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝
	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼
	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜
運動（○か×）							
BNP ／ CTR その他							

病院⇒地域　　記載日:　　年　　月　　日

心不全連携情報		
フリガナ 氏名		生 年 月 日 T･S･H･R　　年　　月　　日
住所	＜ 自宅 ・ 施設 ＞ 入所施設名＜　　＞	
入院期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
キーパーソン	（本人との関係）	
住所		
連絡先		
既往歴		
病状の経過		

病院⇒地域　　記載日：　　年　　月　　日

心不全連携情報　　（医師）	
NYHAクラスの診断	□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ （　　年　　月　　日）
心不全の原因	□高血圧　□心筋梗塞後 □心房細動 □心筋症　□弁膜症 □その他
主な治療	□冠動脈カテーテル （ステント留置　□あり　□なし） □カテーテルアブレーション治療 □ペースメーカー □心臓手術（　　） □その他 （　　）
酸素療法	□あり　□なし → □HOT　□ASV　流量　　ℓ （安静時　　ℓ　労作時　　ℓ）
今後の治療	

病院⇒地域　　記載日：　　年　　月　　日

心不全連携情報　　（リハビリ）	
心臓リハビリ	□病棟内歩行（　　）m □自立　□見守り　□軽介助 □フリーハンド　□T字杖 □その他　（　　） □自転車エルゴメーター（　W　分）
基本動作	トイレ歩行　□自立　□見守り　□車いす 車いす操作　□自立　□介助 車いす乗車　□自立　□見守り　□介助 起き上がり　□自立　□見守り　□介助 座位保持　□自立　□見守り　□介助 寝返り　□自立　□見守り　□介助
リハビリに関する伝達事項	

病院⇒地域　　記載日:　　年　　月　　日

心不全連携情報　　（薬剤師）	
内服管理	□自己管理 □家族管理 □薬剤師 □介護職員 （　　）
服薬確認	□かかりつけ医 □かかりつけ薬局 □訪問薬剤師 □看護師 □その他　（　　）
処方薬	□ACE阻害剤、ARB、ARNI □アルドステロン拮抗剤 □利尿剤 □その他の降圧剤 □β-ブロッカー □抗血小板剤 □抗凝固剤 □その他（　　）
内服管理・服薬指導に関する伝達事項	

病院⇒地域　　記載日:　　年　　月　　日

心不全連携情報　（看護師）	
体重測定	**目標体重＿＿＿＿＿kg** ☐自己測定 ☐介助要 ☐測定不能
血圧測定	**目標血圧** ☐自己測定 ☐介助要
排泄動作	☐自立 ☐介助（ 一部介助 ・ 全介助 ） ☐失禁（あり･なし）
食事動作	☐自立 ☐介助（ 一部介助 ・ 全介助 ）
日常生活指導に関する伝達事項	

病院⇒地域　　記載日:　　年　　月　　日

心不全連携情報　　（管理栄養士）	
調理担当	□本人 □家族 □介護施設 □ヘルパー □その他（　　）
栄養指導	□塩分[　　]g □1日指示栄養量[　　]Kcal □食事形態[　　] □その他 （　　）
栄養指導に関する伝達事項	

地域⇒病院

心不全連携情報　（かかりつけ医）

地域⇒病院

心不全連携情報　（訪問看護）

地域⇒病院

心不全連携情報
（ ケアマネ ・ ヘルパー ・ 介護職員 ・ ）

問合せ先

症状や受診に関する問い合わせは
①かかりつけ医、診療所
②介護職員等

「心不全管理ノート」に関する問い合わせは
藤枝市立総合病院
医療支援センター
（代表）０５４‐６４６‐１１１１

「心不全管理ノート」
「自己管理表」

作成
藤枝市立総合病院
心不全連携チーム

令和3年2月作成
令和5年5月改定（Ver.4）