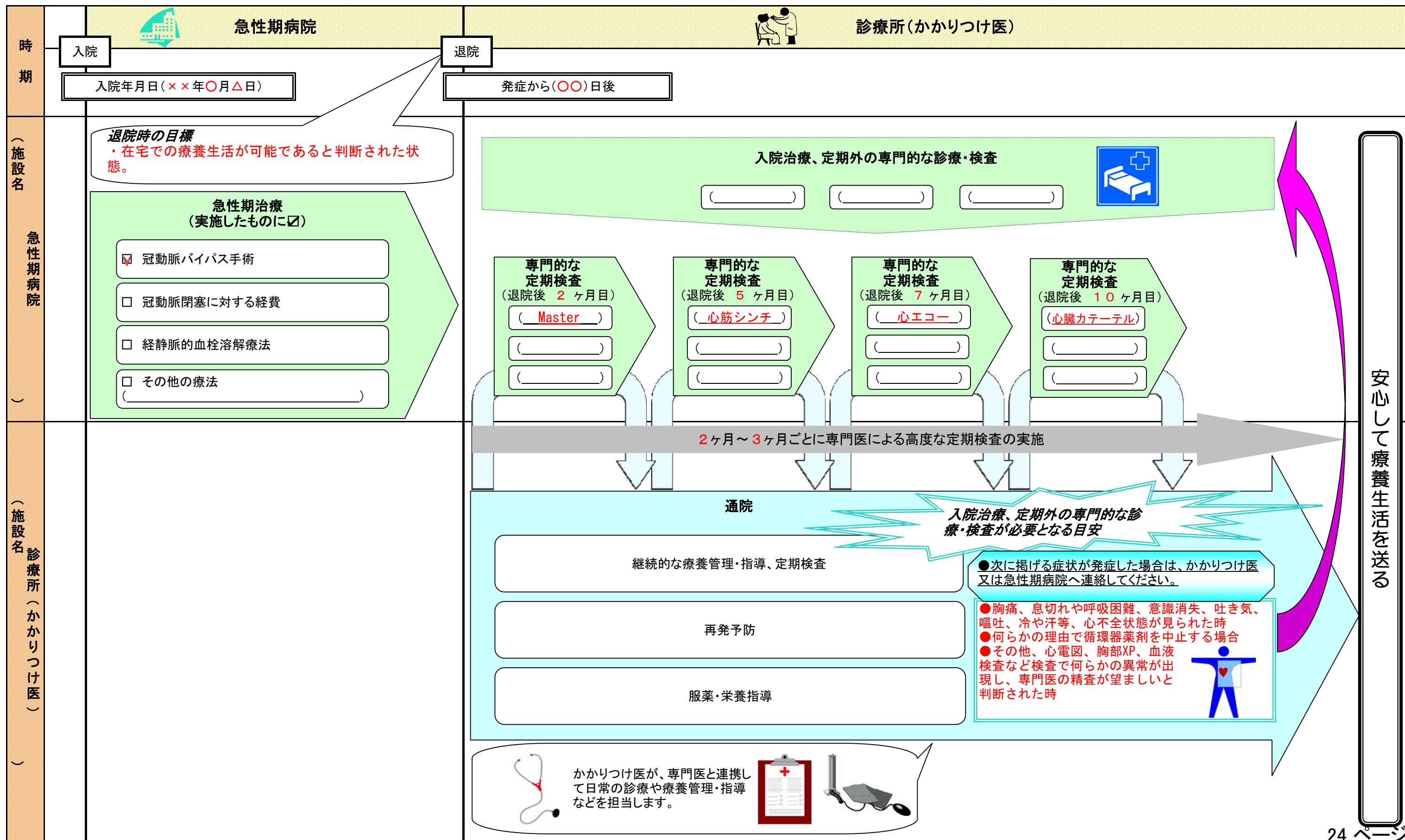


# 千葉県共用急性心筋梗塞地域医療連携パス（診療計画表）【記入例】<案>

急性期病院外来受診予約・連絡先	〇〇〇〇病院	043-×××-××××
急性期病院退院時主治医氏名・連絡先	京葉 花子	043-×××-△△△△
かかりつけ医氏名・連絡先	△△△医院	043-〇〇〇-△△△△

患者氏名	千葉 太郎	生年月日(年齢)・性別	M T H 〇〇年××月△△日( 58 歳 )
		身長・体重	164 cm ・ 68 kg



# 千葉県共用急性心筋梗塞地域医療連携パス(診療経過表)【記入例】<案>

患者氏名	千葉太郎 (ID ××××-○○○○)	年齢・性別	58歳 男 女
職業	無職	身長・体重	164 cm 68 kg

アレルギー歴	特になし
禁忌薬	特になし

急性期病院予約・連絡先	○○○病院・043-×××-××××
急性期病院主治医・連絡先	京葉 花子・043-×××-△△△△
かかりつけ医・連絡先	△△△医院・043-○○○-△△△△

入院時情報	入院日	平成××年○月△日	心筋梗塞部位	<input checked="" type="checkbox"/> 前壁・ <input type="checkbox"/> 下壁・ <input type="checkbox"/> 側壁・ <input type="checkbox"/> ( )	入院中の経過	退院日	平成××年○月×日	退院時情報	退院日	平成××年○月×日	退院時指導	体重減少に努める			
	発症日	平成××年△月○日	ST変化	<input checked="" type="checkbox"/> 上昇型・ <input type="checkbox"/> 非上昇型		冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧・ <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 脂質異常・ <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙・ <input type="checkbox"/> 肥満		不整脈	(-)		合併疾患	糖尿病	心不全の有無、狭心症の有無	
	既往歴	糖尿病	BNP			急性期Killip分類	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ・ <input type="checkbox"/> Ⅲ		peak CPK:			心機能		退院後の経過観察の要点	
			CAG	<input checked="" type="checkbox"/> 1枝病変・ <input type="checkbox"/> 2枝病変・ <input type="checkbox"/> 3枝病変・ <input type="checkbox"/> 左主幹部病変		責任病変	<input type="checkbox"/> 右冠動脈・ <input type="checkbox"/> 前下行枝・ <input type="checkbox"/> 回旋枝( # )		PCI施行部位	<input type="checkbox"/> 右冠動脈・ <input type="checkbox"/> 前下行枝・ <input type="checkbox"/> 回旋枝( # )		運動		栄養	
OMI	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	PCI施行部位	<input type="checkbox"/> 右冠動脈・ <input type="checkbox"/> 前下行枝・ <input type="checkbox"/> 回旋枝( # )	stent(+,-)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常型ステント・ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出性ステント										

急性期病院	経過	(経過期間は目安)	2週間 (年月)	1ヶ月 (年月)	2ヶ月 (×年12月)	3ヶ月 (年月)	4ヶ月 (年月)	5ヶ月 (×年3月)	6ヶ月 (年月)	7ヶ月 (年月)	8ヶ月 (年月)	9ヶ月 (年月)	10ヶ月 (年月)	11ヶ月 (年月)	12ヶ月 (年月)
	目標	※目標、受診予定日、検査・指導事項は各医療機関及び個々の患者によって異なるため、各医療機関ごとに記入をお願いします	・通院服薬状況の確認・合併症のチェック・検査予約			・虚血、心機能のチェック・検査・指導予約			・検査結果の評価、説明・心カテ予約						
	受診予定日			外来受診			外来受診								
	検査・指導事項			Master			心筋シンチ、心エコー		栄養指導、服薬指導						

診療所(かかりつけ医) : ○○診療所	日付		××年10月30日	××年11月13日	××年12月11日	××年1月12日	××年2月15日	××年3月10日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
	目標	バリエーション基準(例)	危険因子をコントロールし2次予防に努める。心臓合併症の予防・早期発見													
	診察	胸痛	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 <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
		息切れ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 <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
		動悸	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 <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
		ふらつき	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 <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
		むくみ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 <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
		体重	68.0 kg	69.0 kg	70.0 kg	69.0 kg	70.0 kg	69.0 kg	69.0 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	血圧	110/80 mmHg	112/76 mmHg	116/74 mmHg	112/76 mmHg	116/74 mmHg	112/76 mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	脈拍	72 /分	70 /分	74 /分	74 /分	73 /分	80 /分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分
	胸部所見															
	NYHA分類	I	I	I	I	I	I									
	検査	胸部XP							心胸比拡大							
		ECG							心房細動							
		Hemoglobin	14.4		14.4		14.4		12.0							
Albumin		4.2		4.2		4.2		3.8								
Creatinine		0.78		0.80		0.82		1.00								
LDLc		112		120		114		120								
BNP																
HbA1c	6.8		6.4		6.4		6.4									
服薬確認	抗血小板薬	○○○○	→	→	→	→	→	→								
	ACE阻害薬/ARB	△△△△△△	→	→	→	→	→	→								
	スタチン	■ ■ ■ ■ ■	→	→	→	→	→	△△に変更	→							
	β遮断薬															
栄養	食生活の評価指導															
バリエーション内容		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
特記事項(経過記録)				体重増加注意		体重増加注意										