

心不全地域連携パスについての説明と同意書

1 心不全地域連携治療の目的

今治療されている、「慢性心不全」は、これからもずっと付き合っていく病気です。症状が再びひどくなったり、入院したりしないためには、入院設備のある病院と地域（クリニックなど）との連携が、とても大切です。この「心不全地域連携パス」にご参加いただくことで、再入院予防や、生活の質の向上が期待されます。また入院治療が必要な際には、スムーズな受け入れが可能となります。

2 対象となる方

慢性心不全の状態で、再入院を繰り返したり、その心配があると医師が考えている心臓の病気をお持ちの方

3 方法

普段の通院先は、かかりつけ医院や地域の循環器専門医院です。

以下のように取り組んでいきます。

1) 患者さんご自身で取り組んでいただく内容

お手元にある、「こおりやま心不全セルフチェックシート」を用います。

（または、配布された心不全手帳でも大丈夫です。）血圧や体重、症状など、ご自身で記入できるところを毎日書いていきましょう。ご自身の安定した状態を知ること、ちょっとした体の変化に気づくことができます。ご自身で書けない場合は、ご家族や、訪問看護師、デイサービス職員などの在宅医療の担当者に記入していただけます。診察時に、この「こおりやま心不全セルフチェックシート」を主治医に見せてください。

2) 医院や、病院が取り組むこと

医院：診察時に患者さんが持参した「こおりやま心不全セルフチェックシート」を確認します。

変化に応じて、治療を追加したり、病院に相談したりすることがあります。

病院：節目ごとに、詳しい心臓の検査を行うことがあります。

また、心不全治療の専門スタッフ*から、心不全を安定させるコツについてアドバイスを受けることができます。心臓が不安定な状況となっていた場合は、入院治療となることもあります。

*心不全治療の専門スタッフとは、慢性心不全看護認定看護師、心不全療養指導士、心臓リハビリテーション指導士、管理栄養士、薬剤師などの慢性心不全の知識を持った専門職のこと。

4 同意について

担当医が必要と考えた方にお勧めしています。途中で中断することも可能です。

年 月 日 説明医師 施設名（ ）

私は、上記の心不全地域連携治療に同意いたします。

年 月 日 氏名 代筆 続柄（ ）