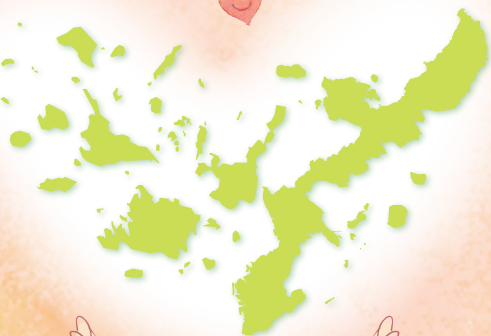


心不全手帳



自分のカラダについて
毎日記録し
心不全管理にお役立てください

沖縄県・沖縄県医師会

お願い

いりょう き かんじゆしん
医療機関受診の際には、

- しん ふ ぜん て ちやう
心不全手帳
- お薬手帳

を必ず持参し、見せてください。



メッセージ

心不全手帳「毎日の記録」は、心不全が悪化してきたことに早く気づき、すみやかに受診することをサポートするために必要不可欠なものです。

毎日欠かさず記録し、受診の前に必ず主治医に見せてください。

また、あなたの状態をみんなで見守るためにも、ご家族だけでなく、訪問看護師やケアマネージャー、デイケアなど利用しているサービスの方にもこの手帳を見せてください。

しゅじい

主治医からのひと言





病院名

ID

名前

あなたの状態

月

日

けいぞく・変更
継続

いんすいりょう
1日の飲水量

mL

起床時体重

さいてき
kg 台が最適

■ _____ kg 以上なら

朝とんぶくに頓服用

じょう
錠

追加で飲む

■ _____ kg 以上なら 水分ひかを控える

▶▶▶ よていがいじゅしん
予定外受診の体重

kg 以上、または

kg 以下

身長:

cm

基礎疾患 (主治医記載)

体重:

kg



あなたの情報
本人・介護情報

あなたの情報 <small>じょうほう</small>	氏名： 生年月日： 年 月 日				
家族などの <small>きんきゅうれんらくさき</small> 緊急連絡先	<table border="1"><tr><td data-bbox="389 325 431 523">①</td><td data-bbox="431 325 987 523">氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：</td></tr><tr><td data-bbox="389 523 431 722">②</td><td data-bbox="431 523 987 722">氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：</td></tr></table>	①	氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：	②	氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：
①	氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：				
②	氏名： 続柄： 連絡先1： 連絡先2：				
薬を管理している <small>かんり</small> のは、誰ですか？	自分自身 / 家族 () / 看護師 その他 ()				
ケアマネージャー	担当者名： 電話番号： 施設名：				
デイケア デイサービス	施設名： 電話番号： 担当者名：				
	施設名： 電話番号： 担当者名：				
	施設名： 電話番号： 担当者名：				



<p>かかりつけ医</p>	<p>施設名： 電話番号： 主治医： 患者番号：</p>
<p>かかりつけ 専門病院</p>	<p>施設名： 電話番号： (診療時間中) (診療時間外) 担当者名： 患者番号：</p>
<p><small>がいらい</small> 外来 心臓リハビリ</p>	<p>施設名： 電話番号： 担当者名： 患者番号：</p>
<p>かかりつけ薬局</p>	<p>施設名： 電話番号：</p>
<p><small>ほうもんかん こ</small> 訪問看護 ステーション</p>	<p>施設名： 電話番号： 担当者名：</p>

きゅう きゅう
救急病院

1 施設名：

2 施設名：

3 施設名：



きろく 毎日の記録

記入例 を参考に、記入してください。

2023年		日	月	火	水	木	金
月/日		6 / 6	6 / 7	6 / 8	6 / 9	6 / 10	6 / 11
体重 (Kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (62)	123/83 (66)	110/70 (69)
	寝る前 (脈拍 回/分)	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	108/69 (82)
自覚症状 (かくししょうじょう)	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下 (しょくよくていか)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)		○	×	○	○	×	×
お薬 チェック	朝	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	昼	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	夕	☑	☑	☑	☑	☑	☑

メモ

土	日	月	火	水	木	金	土
6 / 12	6 / 13	6 / 14	6 / 15	6 / 16	6 / 17	6 / 18	6 / 19
58.8	57.9	57.8	57.5	57.8	57.6	57.7	58.0
118/72 (79)	111/71 (73)	120/85 (82)	115/72 (65)	122/88 (63)	108/80 (70)	113/75 (68)	120/80 (66)
105/80 (73)	111/70 (79)	113/75 (69)	110/70 (66)	120/80 (62)	105/69 (78)	115/72 (72)	111/71 (68)
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
○	○	○	○	×	○	○	○
☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑



きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ

救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月／日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ



救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120 以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ



救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120 以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ



救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回/分）120以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ



救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回/分）120以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ

救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





きろく
毎日の記録

年		日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
体重 (Kg)							
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚 症状 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)							
お薬 チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ





土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ



救急病院の受診

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120 以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化



早めの受診





メモ

心不全手帳

作成・編集：心不全に係る地域連携体制構築事業
地域医療連携ワーキンググループ

発行：2024年3月 初版

発行者：沖縄県・一般社団法人沖縄県医師会



自分のカラダについて
毎日記録し
心不全管理にお役立てください

沖縄県・沖縄県医師会