

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



お願い

いりょう きかんじゆしん
医療機関受診の際には、

- 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。

主治医からの一言

病院名

ID

名前

あなたの状態 月 日 けいぞく 継続・変更

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 錠じょう 追加で飲む

■ _____ kg 以上なら ひか 水分を控える

▶▶▶ よていがいじゆしん 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>きんきゆうれんらくさき</small> 緊急連絡先 | 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： |



あなたの情報
医療情報

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

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 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 月/日 | | 6/6 | 6/7 | 6/8 | 6/9 | 6/10 | 6/11 | 6/12 | 6/13 | 6/14 | 6/15 | 6/16 | 6/17 | 6/18 | 6/19 |
| 体重 (Kg) | | 59.0 | 59.0 | 58.8 | 58.6 | 58.5 | 58.8 | 58.8 | 57.9 | 57.8 | 57.5 | 57.8 | 57.6 | 57.7 | 58.0 |
| 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) | 118/72 (79) | 111/71 (73) | 120/85 (82) | 115/72 (65) | 122/88 (63) | 108/80 (70) | 113/75 (68) | 120/80 (66) |
| | 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) | 105/80 (73) | 111/70 (79) | 113/75 (69) | 110/70 (66) | 120/80 (62) | 105/69 (78) | 115/72 (72) | 111/71 (68) |
| 自覚症状 <small>かくししょうじょう</small> | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しょくよくていか</small> | 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 |
| 運動 (○か×で記入) | | ○ | × | ○ | ○ | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ |
| お薬 チェック | 朝 | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ |
| | 昼 | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ |
| | 夕 | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ |

メモ



| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 血圧 (mmHg) | 寝る前 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しくよくていか</small> | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| | 寝る前 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しょくよくていか</small> | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 寝る前 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| | 寝る前 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しょくよくていか</small> | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| | 寝る前 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| | 寝る前 (脈拍 回/分) | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しくよくていか</small> | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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





| 年 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 (mmHg) | 朝 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 血圧 (mmHg) | 寝る前 (脈拍 回/分) | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 自覚 症状 | 息切れ | 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 |
| | むくみ | 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 |
| | 疲れやすさ | 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 |
| | せき | 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 |
| | 食欲低下 <small>しょくよくていか</small> | 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 |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

メモ

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