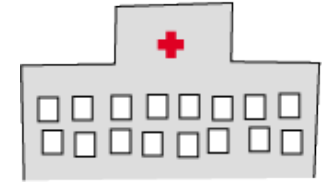


【連絡事項等】



循環器（慢性期） 病診連携パス

氏 名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 明治・大正
昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

連携病診名 _____ 担当医 _____

病： _____

診： _____



20 年

高血圧
高脂血症 **パス**

動脈硬化を予防するための

目標血圧 / mmHg

目標LDL mg/dL

氏名 _____ 歳

		紹介時 (年 月)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	
	家庭血圧	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	内服	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCB
		<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I
		<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB
		<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β
		<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬
		<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin
<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin		
検査	Hb ()	採血	月 日						採血	月 日					
	Cre ()	Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()	Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()				
	BUN ()	LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()	LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()				
	LDL ()	<input type="checkbox"/> 喫煙		本/日		<input type="checkbox"/> 喫煙		本/日							
	HDL ()	胸部レントゲン						月 日							
	心電図						月 日								
病院	●受診	月 日		●次回受診予約		20 年 月 日									
						20 年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 心エコー	月 日		<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		月 日									

20 年

狭心症
心筋梗塞 **パス**

動脈硬化を予防するための

目標血圧 / mmHg

目標LDL mg/dL

氏名 _____ 歳 _____

最終CAG _____ 年 月 日

RCA :

LAD :

LCX :

プラビックス } 服用
パナルジン }

年 月まで

永久的

一時的抗血小板薬中止

不可能

プラビックス・パナルジンのみ可能

すべて中止可能

その他()

		紹介時 (年 月)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月			
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分			
	家庭血圧	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~			
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg			
	内服	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin		
		<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス		
		<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン		
		<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin		
		<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β		
		<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I		
<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB				
<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬				
検査	Hb ()	採血	月 日					採血							月 日		
	Cre ()	Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()	Hb ()							Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()
	BUN ()	LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()	LDL ()							HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()
	LDL ()	<input type="checkbox"/> 喫煙		本/日		<input type="checkbox"/> 喫煙							本/日				
	HDL ()	胸部レントゲン			月 日	胸部レントゲン							月 日				
	心電図			月 日	心電図							月 日					

病院	●受診	月 日	●次回受診予約	20 年 月 日
				20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 心エコー	月 日	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	月 日

20 年

心不全 パズ

目標体重 kg

NYHA分類

- 1 かるくジョギングも可能
- 2 階段を2階まで楽に上がれる
- 3 着替えをしても息が切れない
- 4 じっとしていても息が切れる

氏名 歳

		紹介時 (年 月)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分		
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg		
	NYHA	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4		
	内服	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	
		<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	
		<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	<input type="checkbox"/> アーチスト	
		mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	
		<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	
	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス		
検査	Hb ()	採血	月 日						採血	月 日						
	Cre ()	Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()						Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()
	BUN ()	LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()						LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()
	LDL ()	BNP () または NT-proBNP ()							BNP () または NT-proBNP ()							
	HDL ()	<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日							<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日							
	BNP/NT-pro ()	胸部レントゲン		月 日	CTR=				%	胸部レントゲン		月 日	CTR=			
	心電図		月 日						心電図		月 日					
病院	●受診	月 日	●次回受診予約		20 年 月 日						20 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 心エコー	月 日	・LVDd/Ds=		/				・EF=					%		

20 年

心房細動 パス

CHADSスコア

目標PT-INR ~

氏名 歳

- C Congestive Heart Failure (心不全) (0, 1)
- H Hypertension (高血圧) (0, 1)
- A Age (75歳以上) (0, 1)
- D Diabetes (糖尿病) (0, 1)
- S Stroke/TIA (脳卒中) (0, 2) 合計 点

一時的ワーファリン中止

可能 / 不可能

		紹介時 (年 月)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	
		整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	整・不整	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	内服	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン
			mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg
		<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin
		<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β
		<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン	<input type="checkbox"/> ワソラン
		<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス
<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬		<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬	
<input type="checkbox"/> ACE I		<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	
<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB		
検査	Hb ()	採血	月 日					採血 月 日							
	Cre ()	Hb ()	Cre ()	BUN ()	Na ()	K ()	Hb () Cre () BUN () Na () K ()								
	BUN ()	LDL ()	HDL ()	TG ()	Glu ()	尿蛋白 ()	LDL () HDL () TG () Glu () 尿蛋白 ()								
	LDL ()	PT-INR ()				PT-INR ()			PT-INR ()			PT-INR ()			
	HDL ()	<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日					<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日								
	PT-INR ()	胸部レントゲン 月 日													
	心電図 月 日 : 洞調律・心房細動														
病院	●受診	月 日		●次回受診予約		20 年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 心エコー	月 日		20 年 月 日											