

## 「心臓超音波検査＋療養支援の予約枠取得の目安」

### 【A】検査・背景因子

- BNP 25pg/ml あるいは NT-proBNP125 pg/mL 以上の軽度上昇がある
- eGFR<50 mL/min/1.73m<sup>2</sup> または中等度以上の腎機能低下
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症など生活習慣病を有する
- 心筋梗塞、PCI/CABG、心筋症、弁膜症などの既往がある
- 心房細動などの不整脈を有する

### 【B】症状・身体所見

- 労作時息切れが増えてきた(階段・坂道など)
- 下腿のむくみ、体重増加(数日で2kg程度など)が気になる
- 夜間の呼吸苦や起座呼吸がある
- 最近の易疲労感・全身倦怠感が増えている
- 心雑音や不整脈を認めるが、まだ精査していない

### 【C】フォロー状況・検査状況

- 軽症の弁膜症(Ar, Mr)を指摘された心エコーから5年以上経過している
- 生活指導や内服アドヒアランスに課題があり、外来で十分な時間が取りにくい
- 心不全の診断はあるが、セルフケアの理解が不十分と思われる
- 患者・家族が心不全や心臓について不安を訴えている

### <紹介の目安>

- A・B・Cいずれかの項目で2つ以上該当する場合:
- 特に以下のいずれかがある場合は、症状が軽くてもご相談ください。
  - BNP 軽度高値の持続
  - CKD 合併(eGFR<50)
  - 生活習慣病を複数有し、検査・指導の機会を設けたい場合

# 紹 介 状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名 草加市立病院

地域医療連携相談室 宛 (循環器内科 心臓超音波検査担当先生 御机下)

年 月 日

紹介元医療機関の所在地:

名称:

電話番号

F A X

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( ) 歳 職業

傷病名
-----

<p>紹介目的 (複数選択可)</p> <p><input type="checkbox"/> 心不全リスク評価のための心臓超音波検査</p> <p><input type="checkbox"/> 器質的心疾患の有無確認のための心臓超音波検査(心雑音、不整脈など)</p> <p><input type="checkbox"/> BNP、NT-proBNP 軽度高値の評価</p> <p><input type="checkbox"/> 生活習慣・セルフケア支援(認定看護師による指導)</p> <p><input type="checkbox"/> 既存心不全の重症度評価・療養指導の強化</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
---

既往歴及び家族歴
----------

<p>病状・治療経過及び検査結果、生活指導のポイント(重点的に指導している項目があれば下記に☑)</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧管理 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> 脂質管理 <input type="checkbox"/> 塩分摂取制限 <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス</p>
--

<p>今回特に相談したい点</p> <p><input type="checkbox"/> 心エコー所見に基づく心不全リスクの評価</p> <p><input type="checkbox"/> 追加治療(薬物・デバイス等)の要否</p> <p><input type="checkbox"/> 自己管理支援のポイント</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
--

現在の処方
-------

<p>生活習慣療養計画書について</p> <p><input type="checkbox"/> 生活習慣病療養計画書(写し)を添付しています</p> <p><input type="checkbox"/> 患者さんに療養計画書の控えを持参させます</p> <p><input type="checkbox"/> 未作成/該当なし</p>
---