

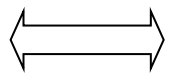
PCI・急性心筋梗塞地域連携パス(医療機関用)

◇患者情報 (医師記入欄)

患者氏名	様	性別	男・女	生年月日	年 月 日
入院日	年 月 日	ACS発症日	年 月 日	最終PCI実施日	年 月 日
診断名	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不安定狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> その他()				

◇急性期病院

病院名	
医師名	
連絡先	



パス発行No	
最終確認	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> パス継続

◇かかりつけ医

診療所名	
医師名	
連絡先	

< 診療計画表 >

経過	退院時		退院後2週		退院後1ヶ月		退院後3ヶ月		退院後6ヶ月		退院後7ヶ月		退院後8ヶ月					
日付	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
医療機関	病院				かかりつけ医								病院					
検査	HbA1c【目標値 7.0%未満】 LDL-C【目標値 100mg/dl未満】 HDL-C Cr BNP or NT-proBNP eGFR		血液検査 心電図 穿刺部のチェック		血液検査 心電図		血液検査 心電図		血液検査 心電図		外来診察 (心臓カテーテル検査の予約) 心臓カテーテル検査 入院時は1週間分の処方を持参させる							
検査結果を添付します	<div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> 血液検査と心電図検査(胸痛などの症状がある場合)を行ってください。 検査値に異常がみられる場合は、下の「特記事項」欄へ内容を記入ください。 </div>																	
服薬指導	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬の必要性につき説明		<input type="checkbox"/> 服薬指導		<input type="checkbox"/> 服薬指導		<input type="checkbox"/> 服薬指導		<input type="checkbox"/> 服薬指導						<input type="checkbox"/> 服薬指導		<input type="checkbox"/> 服薬指導	
症状	労作時胸痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
動悸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(喫煙者のみ) 禁煙指導	<input type="checkbox"/> 喫煙者に対し、禁煙の必要性につき説明		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 喫煙					
血圧 【目標 140/90 mmHg以下】	退院時血圧 / mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg					
体重 BMI 18.5~24.5	kg		kg		kg		kg		kg		kg		kg					
特記事項	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>◆ かかりつけ医通院中、症状出現し、緊急入院時はパスとそれまでの検査データ・診療情報提供書を持参又は送付してください</p> <p>①診察・血液検査・心電図を行う</p> <p>②以後の処方管理を行う</p> </div>																	
パス事務手続き (病院名)	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>パスの具体的な事務手続きは連携先の病院ごとに異なりますので、受け取ったパスに記載されているフローに従ってください。</p> </div>																	
													(終了の場合) 原本を保管する					
													(継続の場合) 原本を保管し、新規パスを発行する					

※ 血圧、体重等は、あくまで目標値であり、必ずしもクリアしなければいけないという訳ではありません。