

<p>心不全症状等のモニタリング 【必須】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 顔色、意識レベル、呼吸状態の異常 <input type="checkbox"/> 前回からの体調の変化 <input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 体重 前週から2kg以上の増加の有無 <input type="checkbox"/> 浮腫 部位や範囲からの変化の程度 <input type="checkbox"/> 息切れ、呼吸困難感 程度や症状出現状況 <input type="checkbox"/> 動悸 脈拍の整/不正、症状の出現状況 <input type="checkbox"/> 冷感 部位や程度、適宜Nohria-Stevenson分類を用いて評価 <input type="checkbox"/> 咳・痰 量や性状の変化 <input type="checkbox"/> 尿量・回数 極端な減少等がないか確認 <p>【適宜】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頸動脈怒張 ベッドアップ45度以上で怒張が残存していないか <input type="checkbox"/> 排便 排便間隔、便性状、努責の有無、緩下剤の服用状況 <input type="checkbox"/> 睡眠 夜間発作性呼吸困難・咳の出現、起座位での睡眠、中途覚醒、眠剤使用状況 <input type="checkbox"/> 心不全手帳確認 可能な人は毎日記録してもらう <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ 表情や訴え、食欲、気力の変化 <input type="checkbox"/> 家族の疲労 介護上の困難や過大な負担がないか 	<p>日常生活についての確認 【必須】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 減塩に気を付けた食事 摂食状況、調理者の確認（目標塩分量6g/日以下） <input type="checkbox"/> 適切な飲水量 <input type="checkbox"/> 湯有無や過度の飲水、逆に脱水傾向がないか <input type="checkbox"/> 適切な身体活動量・強度 活動内容、休みが取られているか、Borgスケールで13程度まで <input type="checkbox"/> 内服管理 間違いなく内服できているか、管理方法、支援者の確認 <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持 定期的にシャワーや入浴ができているか、適宜ウォシュレットの使用等陰部の清潔が保てているか <p>【適宜】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 手洗い等感染予防行動の励行 外出後の手洗い、人混みを避けることを指導、適宜ワクチン等の接種を勧める <input type="checkbox"/> 悪化の兆候や医療者への連絡のタイミングの理解 本人もしくは家族が増悪徴候を理解しており、必要時医療者へ連絡や連絡ができるか <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> フリー記載（特記事項あれば） </div>	<p style="text-align: center;">__月__日 No. __</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 大きな問題なし 現行ケアを継続 </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 心不全増悪徴候あり、もしくは 日常生活管理に支援を要する 判断理由：（ ） </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 緊急の対応を要する 判断理由：（ ） </div> </div>		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人・家族の思いや状況の聴取 内容（ ） <input type="checkbox"/> 心理的援助 内容（ ） <input type="checkbox"/> 療養管理の理解度のフォローアップ 何についてどのようなことを（ ） <input type="checkbox"/> 他職種へ共有事項があれば伝達 誰に何を（ ） <input type="checkbox"/> その他 実施したこと（ ） <input type="checkbox"/> いずれも必要なく実施しなかった 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人・家族の思いや状況の聴取 内容（ ） <input type="checkbox"/> 心理的援助 内容（ ） <input type="checkbox"/> 療養指導（本人もしくは家族へ） 何についてどのようなことを（ ） <input type="checkbox"/> 他職種へ共有事項があれば伝達 誰に何を（ ） <input type="checkbox"/> 他職種による支援の調整 支援内容（ ） <input type="checkbox"/> その他 実施したこと（ ） <input type="checkbox"/> 医師への報告・相談 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dr call <input type="checkbox"/> 事前指示に従う <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他（ ）

実施・選択したものにチェックし、カッコ内に簡潔に記載してください。