

# 心不全セルフチェックシート 氏名 ( )

週1回をめやすにチェック 理想体重 \_\_\_\_\_ kg

		月 日	月 日
体重		kg	kg
チェック項目	✕ 安静時の息苦しさ	有 ・ 無	有 ・ 無
	✕ 夜間に強い咳	有 ・ 無	有 ・ 無
	✕ 横になると苦しく・座ると楽になる	有 ・ 無	有 ・ 無
	✕ 血圧が低くフラフラする	有 ・ 無	有 ・ 無
	▲ 理想体重から3kgの増加・減少	有 ・ 無	有 ・ 無
	▲ 動いたときの息切れ	有 ・ 無	有 ・ 無
	▲ 足のむくみの悪化	有 ・ 無	有 ・ 無
	● 疲れやすさ・だるさ	有 ・ 無	有 ・ 無
	● 食欲低下	有 ・ 無	有 ・ 無
	● 不眠	有 ・ 無	有 ・ 無
コメント (気になる点)			

月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
kg	kg	kg	kg	kg
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	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	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	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

✕があったら、早急（当日～翌日まで）に循環器/救急外来受診

▲があったら、早め（1週間以内）にかかりつけ医受診

●があったら、通常の診察で相談