

医療機関・調剤薬局で必ず提示してください

心不全ノート（連携パス）



「心不全とは」

心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です



✓心不全は**4**年で約**44%**が死亡する予後不良の疾患であり、全がん患者の死亡率よりも高い。

脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画
http://www.j-circ.or.jp/five_year/index.htm

✓心不全は多くの場合、治りません。

命

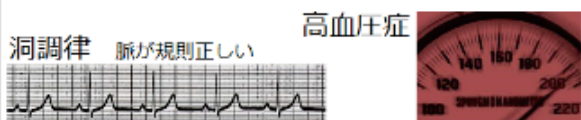
心不全の発症予防が重要です！

心不全になると、息が苦しい、足がむくむ、胸がドキドキする、などの症状がでます

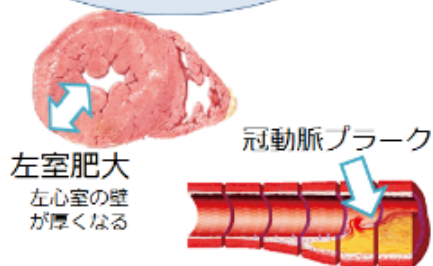
高血圧症
糖尿病
心房細動
など

狭心症
左室肥大
左室壁運動低下
弁膜症 など

心臓の形が変化しないように、危険因子の治療を継続することが重要です！



心房細動 脈がばらばらになる不整脈



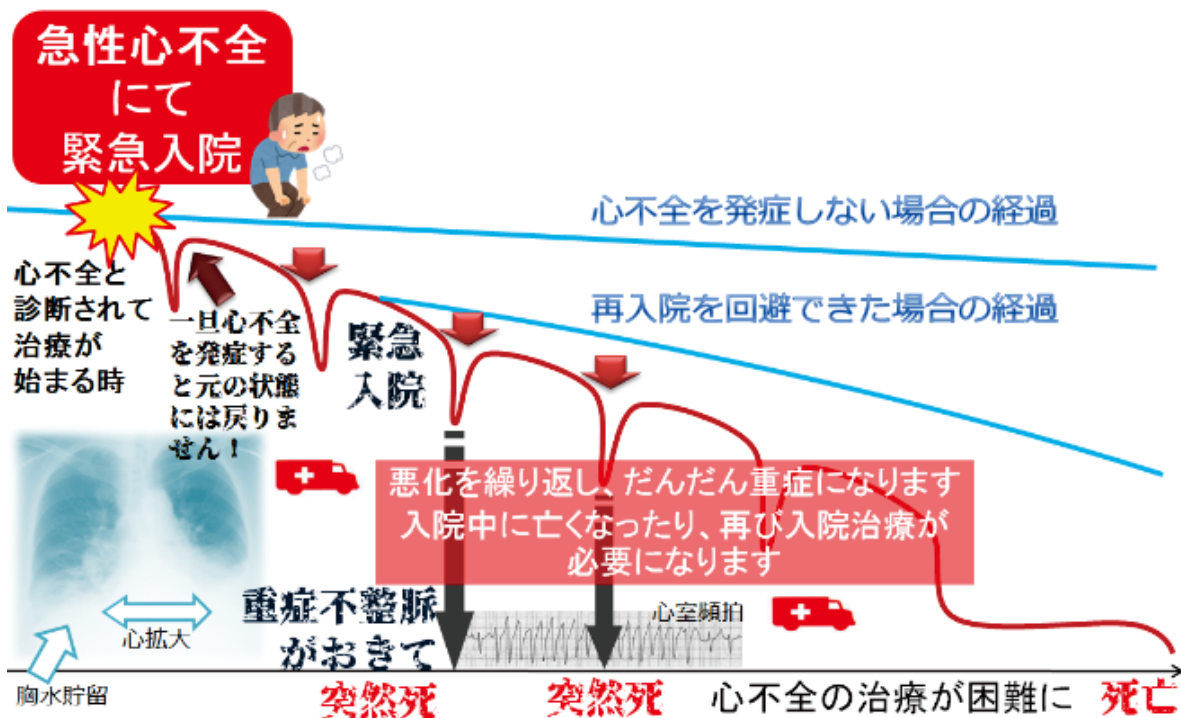
心不全患者さんは、死亡率が高いだけでなく、心不全の再増悪による再入院率も高いことが報告されています。

入院中の死亡率 約**10%**

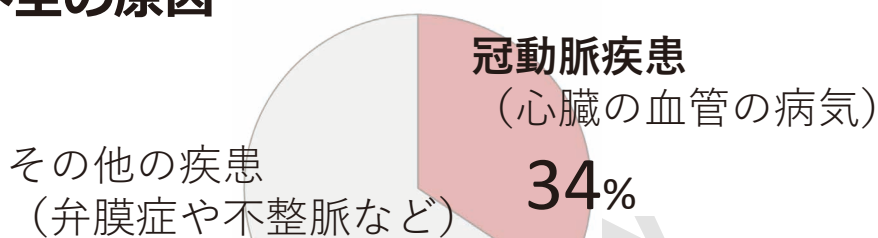
2018年1月から2020年12月に春日井市民病院循環器内科に入院治療を要した心不全患者において検討

退院後1年以内の再入院率 約**20%**

2019年1月から12月に春日井市民病院循環器内科に入院治療を要した心不全症例において検討



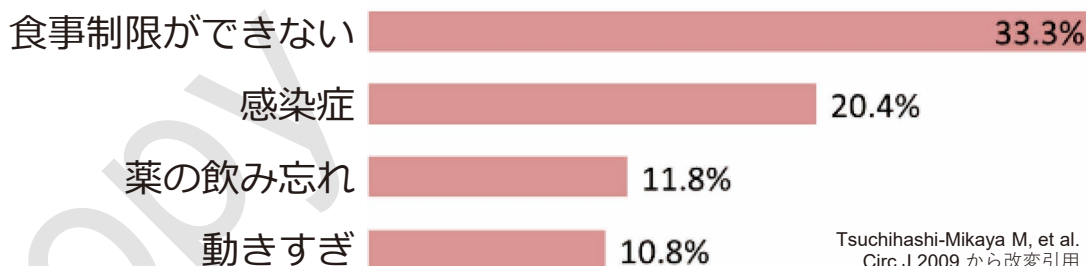
□心不全の原因



ひとりの患者さんが複数の原因疾患や併存疾患を有していることもあります

2020年に春日井市民病院循環器内科に入院治療を要した心不全症例

□心不全を悪くするのは？



このノートを用いることで、「心不全が増悪して再入院しない」ことを目標に、あなたの参加が必要です。

- ◆あなたと家族に知ってもらいたいことがあります。
- ◆あなた自身が体調を管理すること（セルフケア）を進めて、家族や医療・福祉・介護スタッフが支援します。

目次

あなたに知ってほしいこと

この症状に注意！	1
毎日気を付けてほしいこと	5
あなたにできること	11



あなたとあなたに関わる人に知ってほしいこと

心不全の検査	39
心不全の治療（薬物療法）	41
心不全の治療（薬物療法以外）	45
運動することの大切さ	46
フレイル（虚弱）とは？	50
食事のポイント	51
退院調整看護師からのご案内	58
あなたの生き方と人生会議	59



あなたを診る人のページ

セルフケア・チェックリスト	61
----------------------	----



この症状に注意！

心不全は多くの症状がおこります。分かりやすい症状だけでなく、目立たない症状がでることもあります。自分にどんな症状が出やすいか把握するようにしましょう。

分かりやすい症状

- 息が苦しくなります
- 胸がドキドキします
- 足がむくみます
- 尿が減ってきたり、体重が増えます



目立たない症状

- ごはんが食べたくなくなります
- 気持ち悪くなります
- 疲れやすくなります
- 汗が出てきて体が冷えます
- 顔色が青白くなります



□足のむくみとは？

① 指でぐっと
押さえると、
へこみます

② 元に戻るの
に30秒前後
かかります



Kathryn P., et al. American Family Physician Vol 88, Issue 2; 2003.

□息が苦しいとは？

苦しくて横にはなれない...



息がとてもはやくなります

横になると苦しくなります

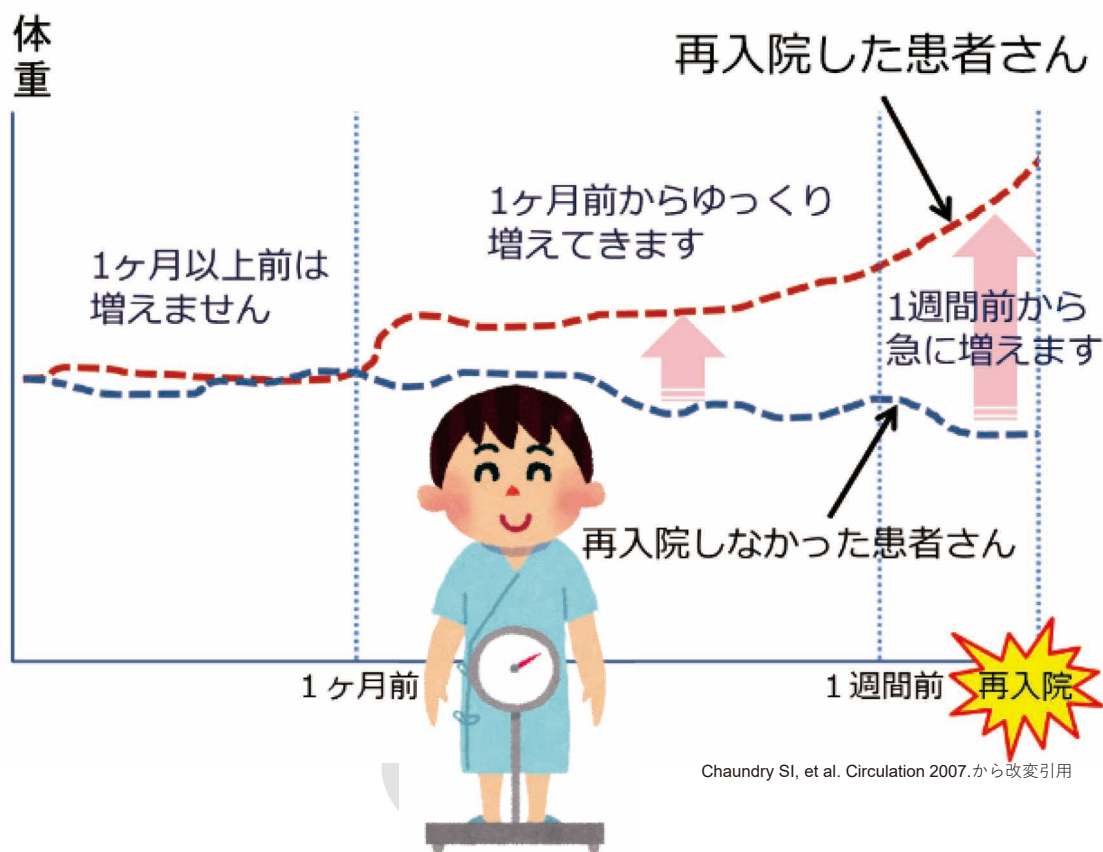
ヒューヒュー、ゼーゼーします

□どのくらい体重が増えると危険？

再入院した患者さんでは、入院の1ヶ月前から徐々に体重が増え、入院1週間前から急に増えます。

むくんで、数日間で**2kg**前後増えますと、再入院する危険が高まります。

主治医の先生から、体重の増加によって利尿薬を追加する指示がでることもあります。



□ その症状、がまんしないで！

いつも通りの日常動作が息苦しく感じることは、心不全悪化の初期のサインの可能性がります。

そうなりますと、つらい動きを無意識に避けるようになります。

がまんしないで、早期に受診することは、心不全悪化を防ぐ第一歩です。



毎日気を付けてほしいこと

□ 定期受診の継続

再入院を予防するためには、症状がなくても定期的な受診と内服薬を継続することが大切です。

□ 薬を正しく飲んでください

心不全の症状が良くなっても、ご自身の判断で薬を減らしたり、やめたりしないでください。

血圧や尿の量の変化が気になった場合は、まずは主治医に相談してください。



□ 感染予防

新型コロナウイルスやインフルエンザにかかると、心臓に負担がかかって心不全が悪化します。

- マスクの着用、手洗いやうがいをしましょう。
- 空気が乾燥しているときは、加湿をしましょう。
- 肺炎予防のために、毎食後の歯磨きが大切です。
- コロナワクチン・インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチンの接種がすすめられます。

□水分について

毎日の体重がかわらないように水分の取り過ぎに注意しましょう。

- 入院中や、重症な患者さんでは、1日1500 ml 程度に厳しい制限をすることがあります
- 退院時に水分制限を解除することが多いですが、主治医の先生と相談して決めましょう

1日に**2**リットル以上を
取りつづけると多すぎます！



季節にかかわらず、果物には 100 gあたり80~95 mlの水分が含まれます

すいか 1/8個

塩をかけないで！



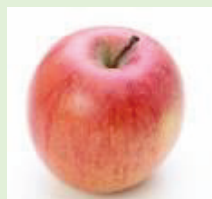
450 ml

なし



250 ml

りんご



250 ml

柿



200 ml

これらは『1日にとって良い水分量』に含まれます

□入浴

入浴時に湯船のお湯が熱すぎたり、深くつかりすぎたりすると、心臓に負担がかかります。

湯の温度は
41度まで

湯につかるのは
みぞおちまで

湯につかる時間は
10分まで



- サウナは禁止です！
- 家族の方に“ひとこと”言ってから入りましょう。
- 食事や運動直後30分以内の入浴はさけましょう。
- 入浴後しばらくは安静にしましょう。

寒い季節に、温かい部屋から急に冷えた浴室に入ると血圧があがるので危険です！

- 浴室と脱衣所の温度差を少なくすることが大切です。

□便秘を防ぎましょう！

排便時に強く力むと血圧が上昇し、心臓への負担を増やしますので、便秘を防ぐ生活習慣を心がけましょう。

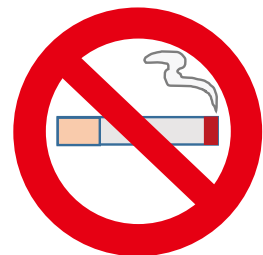
- 腸の動きをよくする食品を食べましょう。
(食物繊維の多い野菜や海藻類：たけのこ、ごぼう、きのこ類、こんにゃく、果物、穀物など)
- お腹や腰を温めたり、マッサージをしましょう。
- 頑固な便秘の方は下剤でコントロールしましょう。

主治医の先生に相談して処方を受けましょう。



□喫煙

たばこは「百害あって一利なし」です。たばこを吸っている人は今すぐ禁煙しましょう。



□アルコール

取り過ぎは血圧の上昇や水分の取り過ぎを招き、心臓に負担をかけます。

- 禁酒の指示があれば、守りましょう。

1日にとってよいアルコールは、具体的に

ビール



500 ml

日本酒



180 ml

これらは
『1日にとって
良い水分量』
に含まれます

□ストレス

心と体は互いに関係しており、切り離して考えることはできません。心不全とうまく付き合っていくために、体のことだけでなく、心のこともしっかり目を向けていく必要があります。

- 規則正しい生活をおくりましょう。
- 十分な睡眠をとりましょう。
- 打ち込める趣味を持つように心がけましょう。
- 家族や友人と話す機会を持ち、会話を通じてストレスの種となっているものを解消しましょう。

□あなたの命のための「セルフケア」

セルフケア（症状や体重を管理すること）は、退院してからのあなたの予後に影響します。

セルフケアを継続することで、変化に素早く気付くことができ、死亡率が低下すると報告されています。

心不全のことをよく知らない、セルフケアが不十分になりますので、分かりにくいことがありましたら聞いてください。



	指導日	担当看護師
第1回指導	20 年 月 日	
第2回指導	20 年 月 日	

あなたにできること

『あなたの体調』を
『あなた自身で管理する』
ことはとても大切です！



記入方法

1/1から12/31まで1年分の日付が記載されています。
このノートが配布された時から『管理』をはじめてください。

日付		7 / 24
朝	血压	114/72
	脈拍	78
夕	血压	110/64
	脈拍	74
体重		75.3
息切れ		<input type="checkbox"/>
むくみ		<input checked="" type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください		便秘 少し寝 不足

血压と脈拍は、朝起きてトイレに行った後と夜寝る前（あるいは入浴前）に測定してください
座って1~2分休憩してから測定してください


体重は、朝起きてトイレに行った後に測定してください

1週間に2kg以上の体重変化は危険です！

症状があれば印をつけてください
症状がでてきたら、早めに受診してください！

定期薬はきちんと飲めていたら印をつけてください

その日あった出来事や体調で気になる事など、どんなことでもいいので記載してください

日付		1 / 1	1 / 2	1 / 3	1 / 4	1 / 5	1 / 6	1 / 7
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください		 お正月						

日付		1 / 8	1 / 9	1 / 10	1 / 11	1 / 12	1 / 13	1 / 14
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		1 / 15	1 / 16	1 / 17	1 / 18	1 / 19	1 / 20	1 / 21
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		1 / 22	1 / 23	1 / 24	1 / 25	1 / 26	1 / 27	1 / 28
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		1 / 29	1 / 30	1 / 31	2 / 1	2 / 2	2 / 3	2 / 4
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		2 / 5	2 / 6	2 / 7	2 / 8	2 / 9	2 / 10	2 / 11
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		2 / 12	2 / 13	2 / 14	2 / 15	2 / 16	2 / 17	2 / 18
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		2 / 19	2 / 20	2 / 21	2 / 22	2 / 23	2 / 24	2 / 25
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		2 / 26	2 / 27	2 / 28	3 / 1	3 / 2	3 / 3	3 / 4
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		3 / 5	3 / 6	3 / 7	3 / 8	3 / 9	3 / 10	3 / 11
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		3 / 12	3 / 13	3 / 14	3 / 15	3 / 16	3 / 17	3 / 18
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		3 / 19	3 / 20	3 / 21	3 / 22	3 / 23	3 / 24	3 / 25
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		3 / 26	3 / 27	3 / 28	3 / 29	3 / 30	3 / 31	4 / 1
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		4 / 2	4 / 3	4 / 4	4 / 5	4 / 6	4 / 7	4 / 8
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		4 / 9	4 / 10	4 / 11	4 / 12	4 / 13	4 / 14	4 / 15
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		4 / 16	4 / 17	4 / 18	4 / 19	4 / 20	4 / 21	4 / 22
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		4 / 23	4 / 24	4 / 25	4 / 26	4 / 27	4 / 28	4 / 29
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		4 / 30	5 / 1	5 / 2	5 / 3	5 / 4	5 / 5	5 / 6
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		5 / 7	5 / 8	5 / 9	5 / 10	5 / 11	5 / 12	5 / 13
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		5 / 14	5 / 15	5 / 16	5 / 17	5 / 18	5 / 19	5 / 20
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		5 / 21	5 / 22	5 / 23	5 / 24	5 / 25	5 / 26	5 / 27
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		5 / 28	5 / 29	5 / 30	5 / 31	6 / 1	6 / 2	6 / 3
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								



日付		6 / 4	6 / 5	6 / 6	6 / 7	6 / 8	6 / 9	6 / 10
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		6 / 11	6 / 12	6 / 13	6 / 14	6 / 15	6 / 16	6 / 17
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		6 / 18	6 / 19	6 / 20	6 / 21	6 / 22	6 / 23	6 / 24
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		6 / 25	6 / 26	6 / 27	6 / 28	6 / 29	6 / 30	7 / 1
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		7/2	7/3	7/4	7/5	7/6	7/7	7/8
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	7/14	7/15
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		7 / 16	7 / 17	7 / 18	7 / 19	7 / 20	7 / 21	7 / 22
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		7 / 23	7 / 24	7 / 25	7 / 26	7 / 27	7 / 28	7 / 29
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		7 / 30	7 / 31	8 / 1	8 / 2	8 / 3	8 / 4	8 / 5
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		8 / 6	8 / 7	8 / 8	8 / 9	8 / 10	8 / 11	8 / 12
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		8 / 13	8 / 14	8 / 15	8 / 16	8 / 17	8 / 18	8 / 19
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		8 / 20	8 / 21	8 / 22	8 / 23	8 / 24	8 / 25	8 / 26
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		8 / 27	8 / 28	8 / 29	8 / 30	8 / 31	9 / 1	9 / 2
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		9 / 3	9 / 4	9 / 5	9 / 6	9 / 7	9 / 8	9 / 9
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								



日付		9 / 10	9 / 11	9 / 12	9 / 13	9 / 14	9 / 15	9 / 16
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		9 / 17	9 / 18	9 / 19	9 / 20	9 / 21	9 / 22	9 / 23
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		9 / 24	9 / 25	9 / 26	9 / 27	9 / 28	9 / 29	9 / 30
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		10 / 1	10 / 2	10 / 3	10 / 4	10 / 5	10 / 6	10 / 7
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		10/ 8	10/ 9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		10/15	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		10/29	10/30	10/31	11/ 1	11/ 2	11/ 3	11/ 4
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		11/ 5	11/ 6	11/ 7	11/ 8	11/ 9	11/10	11/11
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		11/12	11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		11/19	11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		11/26	11/27	11/28	11/29	11/30	12/ 1	12/ 2
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		12/ 3	12/ 4	12/ 5	12/ 6	12/ 7	12/ 8	12/ 9
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		12/10	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		12/17	12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		12/24	12/25	12/26	12/27	12/28	12/29	12/30
朝	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
夕	血压	/	/	/	/	/	/	/
	脈拍							
体重								
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください								

日付		12/31
朝	血压	/
	脈拍	
夕	血压	/
	脈拍	
体重		
息切れ		<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>
疲れやすさ		<input type="checkbox"/>
服薬	朝昼夕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気になる事や 出来事を記入 してください		

途中からの
患者さんは
1月に戻って
ください

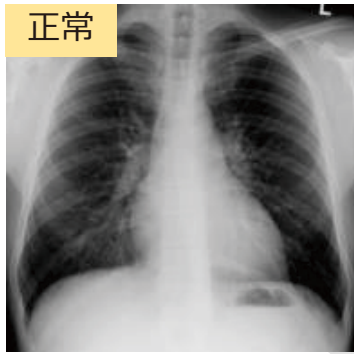


メモ

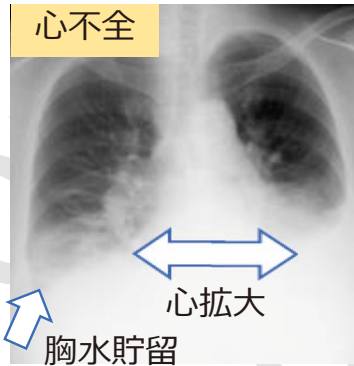
心不全の検査

□胸部レントゲン

心臓の大きさや肺に水がたまっていないかチェックします。

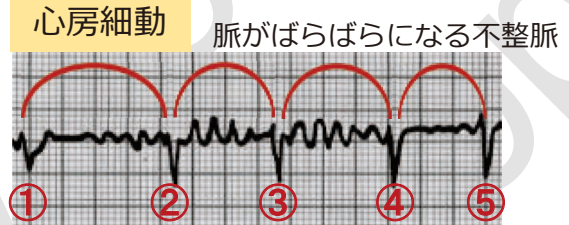
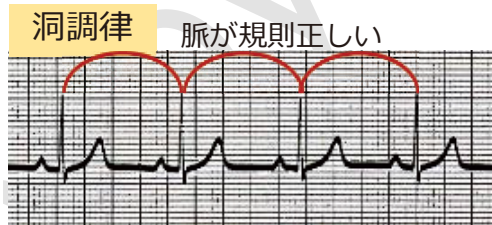


Stuart JH, et al. Principles of Cardiovascular Radiology. 20-31, 2012.



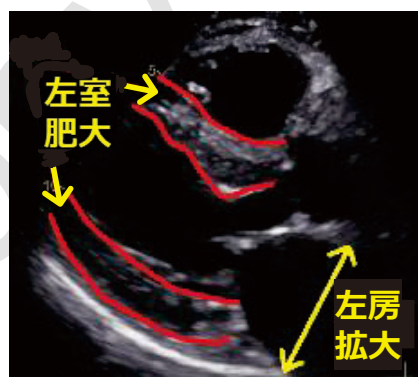
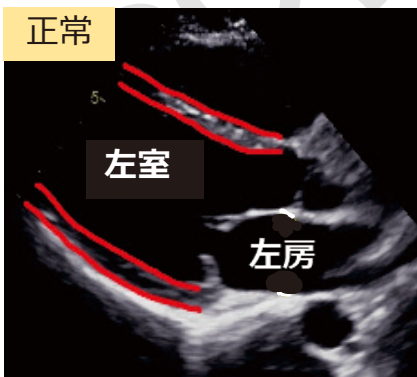
□心電図

不整脈の有無をチェックします。

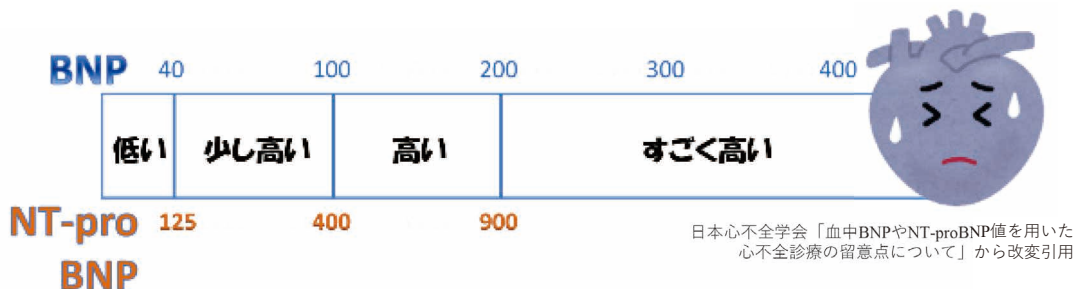


□心エコー

心臓の動きをみたり、心不全の原因を調べます。



□血液検査（BNP、NT-proBNP）



- 心臓から分泌されるホルモンで、心不全になると高くなります。
- 年齢、心不全の原因、腎臓の働きなどにより、ばらつきがありますので、症状やその他の検査とあわせて心臓の調子を見ていく必要があります。
- 前回の値から上昇（特に前回の2倍以上）した時は、早めに介入・薬剤調整が必要になります。

□血液検査（腎機能）

- 腎臓の機能を表す指標のひとつに、eGFRがあります。正常な場合を100として表しますので、50でしたら、正常と比べて腎臓の機能が50%に低下しているということになります。



eGFR	腎機能低下の程度
60～89	軽度
30～59	中等度
15～29	高度
< 15	透析を考慮

心不全の治療（薬物療法）

あなたの状態にあわせてさまざまな薬が処方されるため、薬の種類や目的を理解して、服薬をつづけることが大切です。

心臓の負担を軽減し、心不全の悪化を防ぐ薬

薬を飲むことで、病気の進行を遅らせることができます。健康で過ごせる時間を長くするために、長期的に服用する必要があります。心不全の薬の多くが高血圧の薬としても使われていますが、心臓を保護するために、たとえ血圧が高くなくても処方されることがあります。

アンジオテンシン変換酵素阻害薬 アンジオテンシンII受容体拮抗薬 アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬

血圧を上げるホルモンの働きを妨げます
血管を拡張、心臓にかかる負担を軽くして、心臓を保護します

ベータ（β）遮断薬

交感神経の活性化を抑えます
心拍数を低下させて、過剰な心臓の仕事を減らし、心臓を休ませます
脈が遅くなりすぎることがあります

ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬

利尿薬に分類されますが、心臓を保護する目的で使用します

SGLT2阻害薬

糖尿病治療薬として開発されましたが、心臓を保護する作用があります
体内の水を尿として体外に排泄することもできます
尿路感染のリスクがあります

心不全の症状を改善する薬

利尿薬

心臓の負担となる体内の余分な水を尿として体外に排泄します
むくみを改善します
脱水になったり、腎機能が悪化することがあります

強心薬

弱くなった心臓のポンプ機能を強くします
全身の血液循環を改善します

その他の薬

□あなた自身でお薬を管理できるかどうか、入院中に評価します

あなたの自立度、認知の状況などを簡単な判定試験で評価して、あなたに合った管理方法を提案します。

□色々な管理方法

<p>薬袋のまま</p> 	<p>一包装する</p> 	<p>カレンダー</p> 	<p>お薬管理箱</p> 	<p>家族に お願いする</p> 
<p>カゴ・箱に 入れる</p> 	<p>カレンダーに 印をつける</p> 	<p>1日毎に管理</p> 	<p>薬局に お願いする</p> 	<p>ヘルパーさんに お願いする</p> 

□あなたの管理方法は？

□管理状況の評価

▶ 自己判断で薬を中断しないで！

薬は毎日欠かさず飲むことで効果を発揮します。心不全の症状が落ち着いて調子が良くなったからといって薬をやめてしまうと、体に余分な水分がたまったり、血圧や脈拍が上がって心臓の負担が増えて心不全悪化につながります。薬の副作用など気になることがありましたら、医師・薬剤師・看護師に相談してください。

▶ 薬を飲み忘れた時は

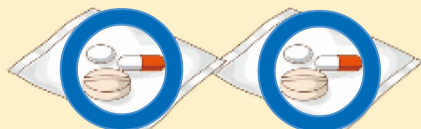
次回内服まで時間がある場合はすぐに服用し、次回内服分を通常通り服用してください。

次回内服までの時間が近い場合は、2回分を同時に服用しないようにしてください。

例) 1日2回 朝夕食後で、
朝食後の薬を飲み忘れた場合

お昼までに気付いたら

通常通り、
朝夕食後分を服用



朝食後分

夕食後分

それ以降に気付いたら

朝食後分を服用
夕食後分は**中止**



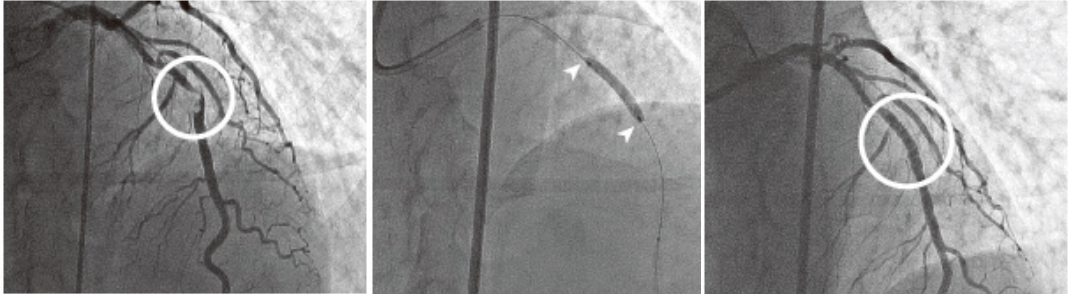
朝食後分

夕食後分

心不全の治療（薬物療法以外）

□ 狭心症や心筋梗塞に対する治療

狭くなったり、つまった冠動脈をカテーテルで広げたり（PCI）、冠動脈バイパス手術を行って、心臓の筋肉に良好な血流が流れるようにします。



左前下行枝中間部に高度狭窄

薬剤溶出性ステント留置

PCI後造影

□ ペースメーカー植込み術

洞不全症候群(心臓の電気信号を発する機能が悪くなる)や、房室ブロック(電気の通りが悪くなる)により、脈が遅くなり症状が出ている患者さんに行います。



□ カテーテルアブレーション

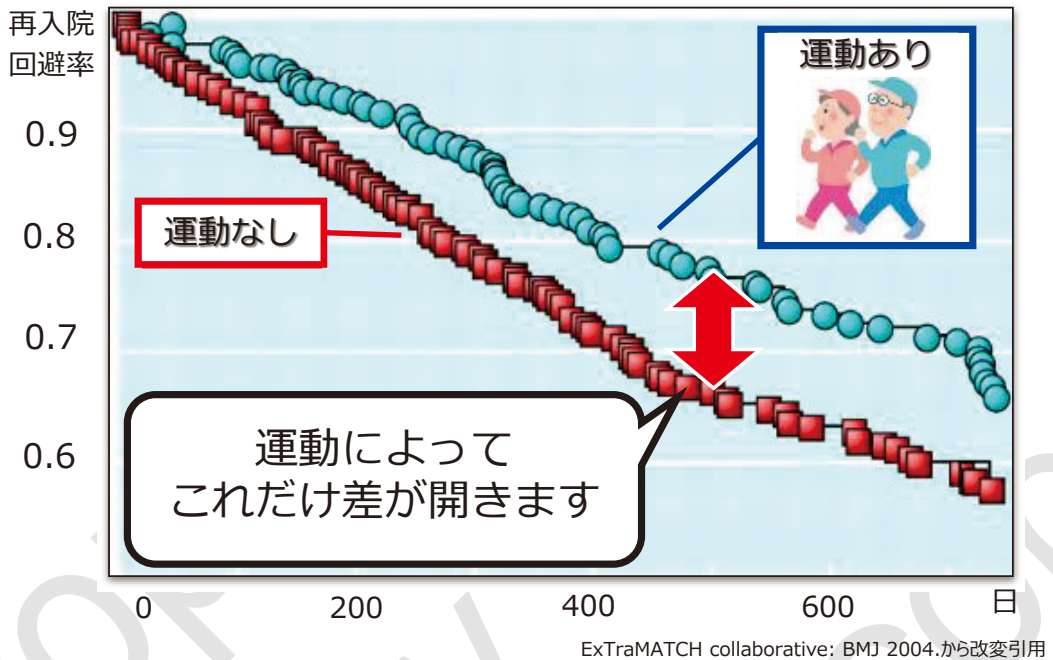
心房細動(脈がばらばらになる不整脈)など、不整脈の原因となっている異常な電気活動を焼灼、あるいは冷凍凝固して「正常心拍の維持」を目指します。

その他の治療

運動することの大切さ

① 心臓が悪いのに運動して良いの？

運動すると再入院が減る！



② 運動療法にはどんな効果があるの？

- 適度な運動を継続していくことで、筋肉や血管の機能が改善し、体力が向上します。
- 体力の向上は、同じ動作でも心臓への負担が軽減し、息切れなどの症状も改善します。
- そのため、再入院や心臓病による死亡を防ぐことができます。

③ 運動するときの注意点は？

- 運動は体調の良いときのみ行い、頑張りすぎないようにしましょう。
- 動きすぎは心不全を悪化させます。「軽い息切れ」「胸が苦しい」と感じるのは動きすぎのサインです。症状が出現したら、必ず休憩しましょう。
- 前日より、**1～2 kgの体重増加**、息切れ、むくみ、胸痛、めまいなどの症状がある場合には運動は行わず早めに主治医に相談してください。



運動の強さの目安

(ボルグスケール)

9	10	11	12	13	14	15
かなり楽である		楽である		ややきつい		きつい

- 楽である～ややきつい程度の負荷を目標にしましょう
- 会話をしている間も息があがらなければ、バッチリです！

④ どのようにやったらいいの？

準備体操



ふくらはぎ



太もも

筋力トレーニング



膝伸ばし

回 セット



立ち座り

回 セット



つま先立ち

回 セット

(理学療法士が記入します)

行うときの注意点

1. 息を止めずに自然に呼吸しながら行いましょう
2. 勢いをつけずにゆっくりと行ってください
3. ふらつく人は机や椅子などを支えにしましょう
4. 膝伸ばしは車いすの患者さんでも可能です

有酸素運動・活動量



ウォーキング



エアロバイク

- 1日にあわせて30～60分(こま切れでもOK)
1週間に3日以上を目安に行いましょう
- 運動に慣れていない人は週に60分から始めてみて、
少しずつ頻度を増やしましょう
- 寝ている時間を減らし、座る・立つという時間を
できるだけ増やしましょう

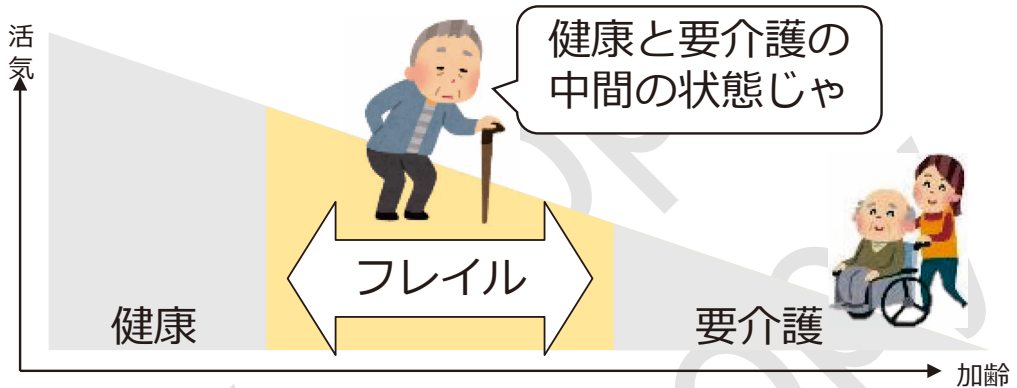
継続は
かなり!!

運動するときに注意することは？

- 息があがらず、会話ができる程度の余裕を持ちましょう
- 汗をかくため水分補給は重要ですが、水分の取り過ぎは
心臓の負担になるので体重が増えない範囲にしましょう

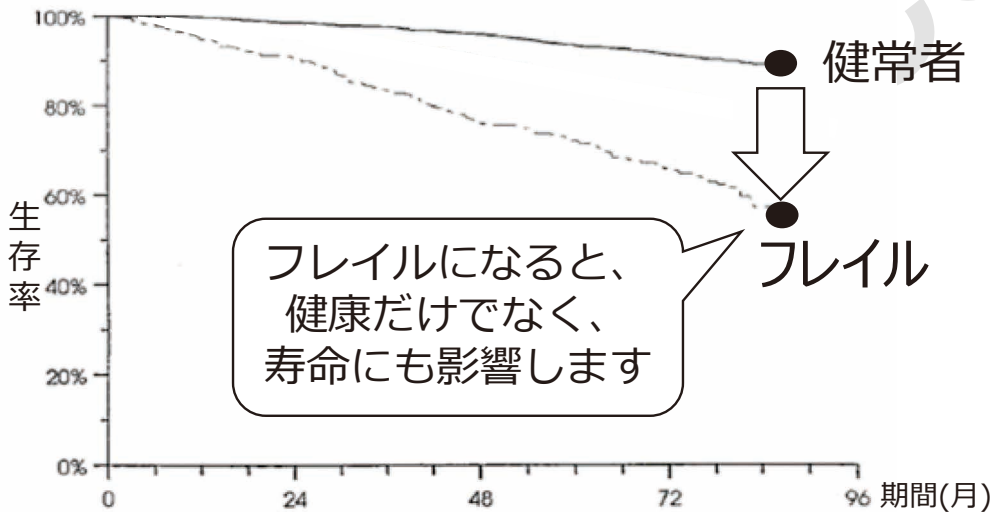
フレイル（虚弱）とは？

加齢とともに、体と心の働きが低下し、生活機能が障害され、要介護や死亡の危険性が高まった状態です。



厚生労働省 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGから改変作図

心不全になると、フレイル状態が進行しやすくなります。フレイルの予防・改善のためには、筋肉の量や質を維持することが重要です。



Fried LP et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.2001 より引用作図

食事のポイント

□ 食生活を振り返ってみましょう

チェックリスト

- 1日1～2食しか食べない
- 食べる量が減って体重が落ちた

- ご飯だけ、パンだけ、麺類だけで済ませる食事がある
- 1日の中で、たんぱく質（肉・魚・卵・大豆）を食べない食事がある

- 麺類はスープまで完食する
- 準備された食事は残さず食べる
- 出来上がった料理、買って来た総菜、
外食した時に追加で調味料を使う



退院後の食事で気を付けるポイントを 確認していきましょう



チェックリストの・・・

上2つの項目のいずれかに当てはまる方

身体に必要な栄養を十分に補うことができず、栄養不足になりやすい

3つ目・4つ目の項目に当てはまる方

栄養が偏りやすい
特にたんぱく質が不足し、筋肉の衰えにつながりやすい

下3つの項目に当てはまる方

塩分をとりすぎている可能性が高い

□退院後の食事で大切なこと

必要なエネルギーを確保するために
朝食・昼食・夕食を欠かさず食べる

1日1～2食の食生活を送ると



1日に必要な栄養を充たすことができない



筋肉が減り、体重が減る



思うように動けなくなる



活動量が減り、食欲も低下する

栄養状態が
低下する
悪循環に！



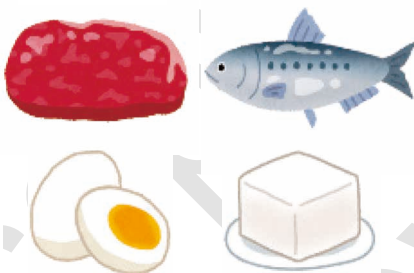
主食・主菜・副菜を合わせて食べる

主食



不足すると、体重や筋肉が減少します。毎食欠かさず食べましょう。

主菜



不足すると、筋肉が減少します。毎食欠かさず食べましょう。

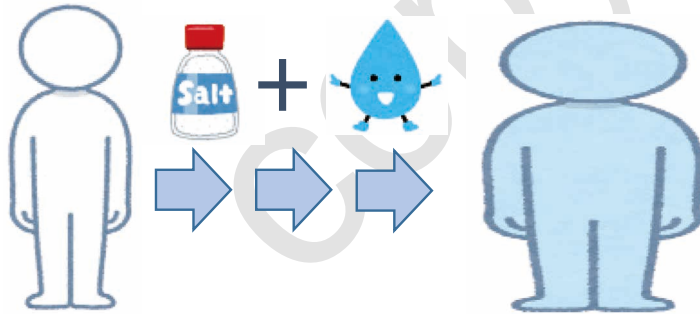
副菜



主食・主菜と一緒に毎食食べましょう。

塩分のとりすぎに注意する

塩分を摂りすぎると、身体に余分な水分を溜め、心臓に負担をかけてしまいます。



◎塩分が多い食べ物

汁物



干物



漬け物



麺類



練り物



加工肉

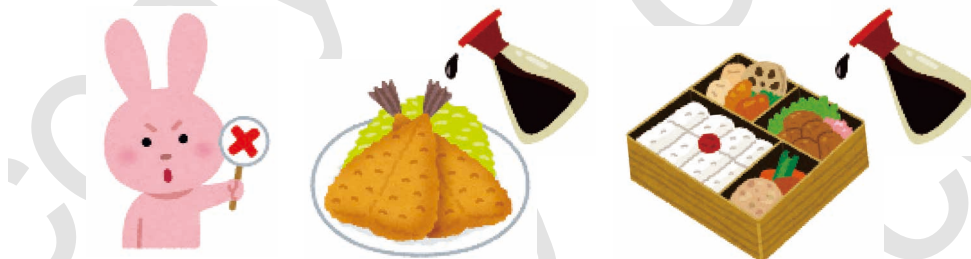


◎ 減塩のポイント

- ・ みそ汁・漬物は残す



- ・ 出来上がった料理や買ってきた惣菜に追加で調味料を使わない



- ・ 料理するときは塩味以外で味付けする

酸味



辛味



香り



厳しい塩分制限は、食欲を低下させ、
体重の減少や栄養状態の悪化を招く
危険性があります

- 食欲がない時は食べられるもの、
好きなものを食べるようにしましょう
- 食事が摂れない時は医師や看護師、
管理栄養士に相談してください

栄養状態を良くしておくことは、
身体を守るために大切です

1日3回しっかりと
食事をするように
しましょう！



退院調整看護師からのご案内

退院後の不安はありますか？
このようなお困りごとの相談を受けています

たとえば・・・

介護保険サービスを受ける
にはどうしたらいいの？

息があがって入院前より動
けなくなった・・・
家で生活できるか心配

お風呂に入ると心不全が悪く
なるのではないかと心配



私たちがお手伝いします



- 介護保険の申請手続きや介護保険サービスの説明
- 在宅医療サービスの説明
- ケアマネジャーや訪問診療・訪問看護導入のお手伝い
- ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員と介護保険サービス等の検討

あなたの生き方と人生会議

心不全は多くの場合、治りません。
今後、あなたの希望に沿った生き方
を送るために、最もふさわしい治療や、
ケアあるいは療養を一緒に考えていき
ましょう。



万が一のときに備えて、あなたの大切にしていること
や望み、どのような医療やケア、あるいは療養を望んで
いるかについて、あなた自身で考えたり、大切な人（家
族）と話し合う人生会議が必要です。

たとえば、

「これからどんなふうに心不全と向き合っていくのか？」

心不全の経過中には急な悪化が起こることがあります。

「急なことになったら、こういう対応をしてほしい」

入退院を繰り返してだんだん重症になってしまいます。

**「もしも心不全の重症化が防げなくなったときには、
どのような治療や看護を望むか？」**

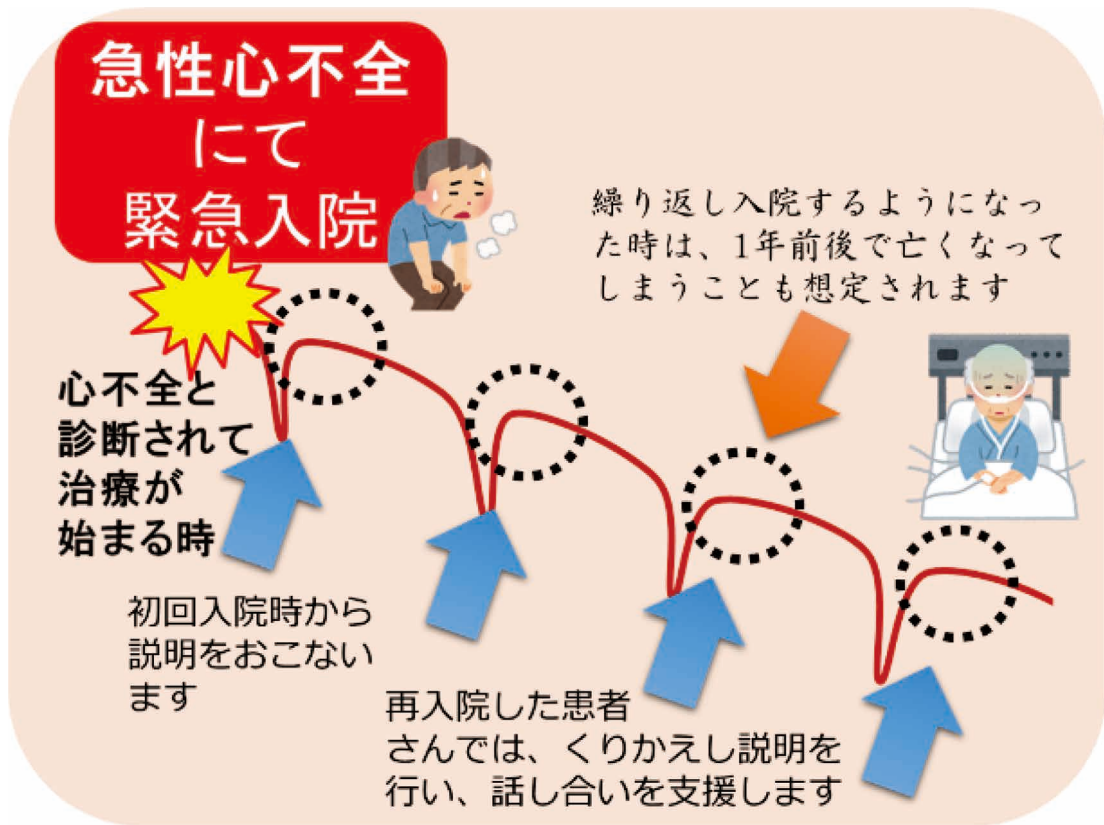
とんでもない!今は元気だ



今後が心配



◆いつ、あなたの生き方を考えるか？



市民病院では、初回入院・再入院に関わらず、医師あるいは看護師から「今後の生き方と人生会議」について説明と相談を行います。

退院後は、かかりつけ医や施設、市民病院再診時に話し合いを続けていきます。



	面談日	担当者
第1回面談	202 年 月 日	
第2回面談	202 年 月 日	

セルフケア・チェックリスト

退院後の再入院を予防するために、多職種によるセルフケア支援の継続が大切です。関わる人たちの積極的な介入をお願いします。

「チェックリスト」の記入例

		実践度を評価	指導教育	
毎日の自己管理	症状の観察	1 - 2 - 3 - 4	✓	下に示します基準を参考にして、実践度を評価してください 4・・・十分できている 3・・・ほぼできている 2・・・あまりできていない 1・・・できていない
	体重測定	1 - 2 - 3 - 4		
	血圧・脈拍測定	1 - 2 - 3 - 4		
	服薬	1 - 2 - 3 - 4		
引き継ぎ事項 特記事項		体重計を買ったか確認してください		
感染の予防・ワクチンの接種		1 - - - - 4		4・・・接種できている 1・・・接種していない
引き継ぎ事項 特記事項				
飲水塩分	飲水量の調節	1 - 2 - 3 - 4		4・・・十分できている 3・・・ほぼできている 2・・・あまりできていない 1・・・できていない
	塩分制限	1 - 2 - 3 - 4	✓	
	アルコール制限	1 - 2 - 3 - 4		
引き継ぎ事項 特記事項		みそしるは1日1杯にしたか確認してください		4・・・禁煙できている 1・・・禁煙していない
日々の生活	禁煙	1 - - - - 4		4・・・十分できている 3・・・ほぼできている 2・・・あまりできていない 1・・・できていない
	適切な活動・運動	1 - 2 - 3 - 4	✓	
	適切な入浴	1 - - - - 4		
引き継ぎ事項 特記事項		もう少し外出してひとごみを避けて散歩するように指導しました		4・・・守れている 1・・・守れていない



セルフケア モニタリング



入院中
退院前

退院後
初回外来

20__年__月__日

		指導教育	重要性を理解している	実践度を評価	指導教育
毎日の 自己管理	症状の観察	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	体重測定	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	血圧・脈拍測定	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	服薬	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
引き継ぎ事項 特記事項		<input type="text"/>			
感染の予防・ワクチンの接種		<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - - - - - 4	<input type="text"/>
引き継ぎ事項 特記事項		<input type="text"/>			
飲水 塩分	飲水量の調節	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	塩分制限	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	アルコール制限	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
引き継ぎ事項 特記事項		<input type="text"/>			
日々の 生活	禁煙	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - - - - - 4	<input type="text"/>
	適切な活動・運動	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	適切な入浴	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - - - - - 4	<input type="text"/>
引き継ぎ事項 特記事項		<input type="text"/>			
治療経過（検査結果など）					
<input type="text"/>					

3か月後
(市民病院にて)

20__年__月__日

実践度を評価 **指導教育**

毎日の 自己管理	症状の観察	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	体重測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	血圧・脈拍測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	服薬	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

感染の予防・ワクチンの接種	1 - - - - 4	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

引き継ぎ事項
特記事項

飲水 塩分	飲水量の調節	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	塩分制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	アルコール制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

日々の 生活	禁煙	1 - - - - 4	<input type="text"/>
	適切な活動・運動	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	適切な入浴	1 - - - - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

治療経過（検査結果など）



6か月後

20__年__月__日

実践度を評価

指導
教育

毎日の 自己管理	症状の観察	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	体重測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	血圧・脈拍測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	服薬	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

感染の予防・ワクチンの接種

1 - - - - 4

引き継ぎ事項

特記事項

飲水 塩分	飲水量の調節	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	塩分制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	アルコール制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

日々の 生活	禁煙	1 - - - - 4	<input type="text"/>
	適切な活動・運動	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	適切な入浴	1 - - - - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

治療経過（検査結果など）



9か月後

20__年__月__日

実践度を評価

指導
教育

毎日の 自己管理	症状の観察	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	体重測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	血圧・脈拍測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	服薬	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

感染の予防・ワクチンの接種

1 - - - - 4

引き継ぎ事項

特記事項

飲水 塩分	飲水量の調節	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	塩分制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	アルコール制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

日々の 生活	禁煙	1 - - - - 4	<input type="text"/>
	適切な活動・運動	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	適切な入浴	1 - - - - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項

特記事項

治療経過（検査結果など）



12か月後
(市民病院にて)

20__年__月__日

実践度を評価 **指導教育**

毎日の 自己管理	症状の観察	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	体重測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	血圧・脈拍測定	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	服薬	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

感染の予防・ワクチンの接種	1 - - - - 4	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

引き継ぎ事項
特記事項

飲水 塩分	飲水量の調節	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	塩分制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	アルコール制限	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

日々の 生活	禁煙	1 - - - - 4	<input type="text"/>
	適切な活動・運動	1 - 2 - 3 - 4	<input type="text"/>
	適切な入浴	1 - - - - 4	<input type="text"/>

引き継ぎ事項
特記事項

治療経過（検査結果など）



「心不全を地域全体で診る」

心不全患者さんの数は年々増え続けています。しかも、高齢の患者さんが多くなっています。

心不全は多くの場合、治らないだけでなく、多くの患者さんが複数の病気や問題をかかえています。あなたと、あなたを取り囲む家族や、医療関係者、福祉・介護職員などさまざまな人たちが心不全と関わり続けていく必要があります。

このノートを用いることで、「心不全の患者さんを地域全体で診る」ことを目標に、よりよい連携ができることを願っています。



患者さんを中心とした、多職種によるチーム医療を進めます

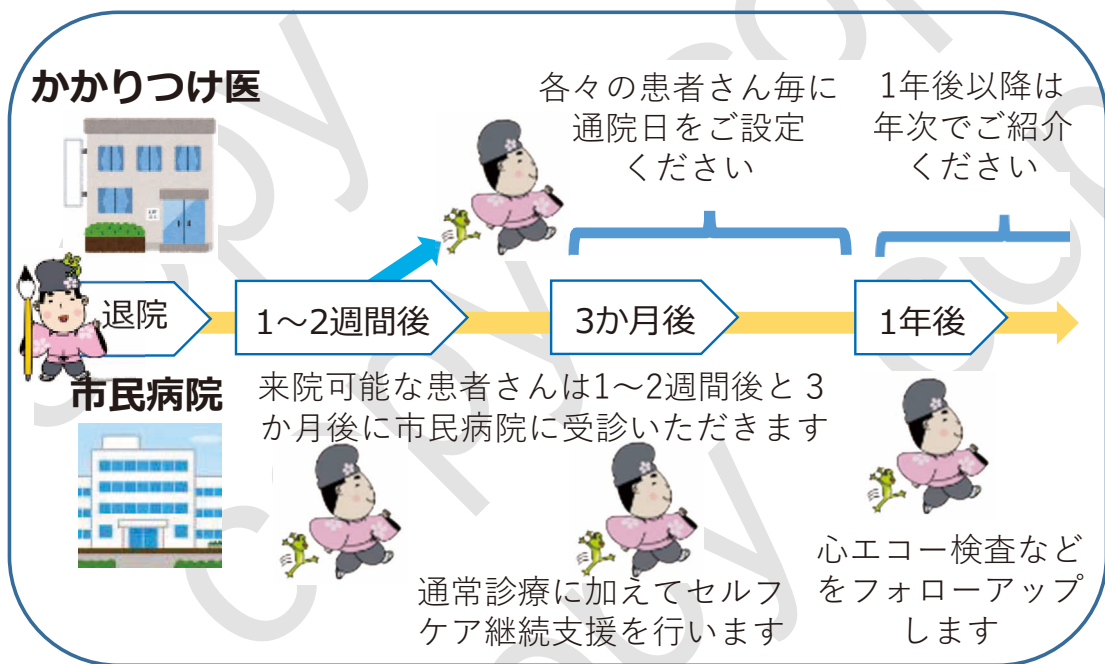


訪問看護・施設・慢性期病院など

再入院を減らすための 連携診療プログラム

来院可能な患者さんでは、かかりつけ医と市民病院の双方によるセルフケア継続支援を軸とした連携診療を予定します。

これまでの取り組みにより、退院3か月後に連携診療を行いますと、心不全増悪による再入院が減少することが示されました。



退院3か月後に市民病院に来院可能と判明している場合は、退院時に予約を取得しますが、1年後フォローアップ以降は、お手数ですが当院をご紹介くださいますようお願いいたします（受診予定月の1~2か月前に、かすがいLinerで通知させていただきます）。

memo

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.

copy copy copy copy copy

患者名 _____

市民病院ID _____

かかりつけ医療機関 _____

先生 _____

春日井市民病院 循環器内科

電話番号 0568-57-0057 (代)

医師名 _____

2年目以降は

『セルフケアブック』を用いて
自分の心不全管理を継続してください

かかりつけの医療機関
あるいは
市民病院循環器内科受診時
に受け取ってください



2022年8月 第2版発行
発行所 春日井市民病院
発行者 成瀬 友彦
春日井市民病院(文書)R4. 8