

心臓病手帳

第 1 版

～毎日の記録～

受診時にお持ち下さい

長崎ACS二次予防協議会



記入例・受診の目安



毎日の記録 **記入例** を参考に、記入しましょう。

2024年		日	月	火	水	木	金	土
月/日		6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8
体重(kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	60.0
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (62)	123/83 (66)	110/70 (69)	118/72 (79)
	寝る前 (脈拍 回/分)	111/71 (66)	120/85 (68)	118/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	108/69 (82)	105/80 (73)
自覚 症状 の 悪化	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×で記入)		○	×	○	○	×	×	○
服薬 チェック	朝	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	昼	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	夕	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
通信欄記載		☑	□	□	□	□	□	□

〈メモ〉

↑
P58-59の通信欄に記載があるときはチェックしてください

出典：日本心不全学会『心不全手帳』（2022年10月第3版）を改変

かかりつけ医への相談・受診の目安

特に症状と体重の変化を確認しましょう
次のような場合にはご相談ください

早めにかかりつけ医を受診しましょう
(目安 当日または翌日)

下記の症状が昨日より悪いとき

- ☐ 息切れが強い ・ ☐ 足がむくんでいる
- ☐ 体がだるい ・ ☐ 食欲がない
- ☐ 体重が急に増えた (1週間で 2.0kg 以上)

今すぐ病院を受診してください
(必要時は救急車)

- ☐ 安静時も息苦しい
- ☐ 横になると息苦しくて起き上がる
- ☐ 気を失う、血圧が下がる
- ☐ 脈拍が 120 回/分を超える



《相談窓口》

かかりつけ医： TEL _____
病 院： TEL _____

セルフチェックの注意点

家庭血圧の測定方法

- 血圧計は平らな場所に置き、測定位置が心臓と同じ高さにくるようにし、毎日同じ条件で測定しましょう。
- 血圧測定前1～2分間は座って安静にし、呼吸を整えてから測定しましょう。
- 食事、入浴、運動後の測定は避けましょう。
- 毎日決まった時間帯に測定しましょう。
(起床後1時間以内、排尿後、朝食前、服薬前の測定が望ましい)
- 上着やセーターなどで腕を圧迫しないように、できるだけ薄着で測定しましょう。
- 測定した値(血圧・脈拍)は必ず記録し、経過を確認しましょう。
- この手帳は、定期受診の際に医師に見せましょう。

あなたの家庭血圧目標値 (/)
かかりつけ医と相談し、目標を確認しましょう。



体重測定の目的・方法

- 体重の増加は、心不全の徴候(きざし)を早期に発見するための手がかりとなります。
- 体重計は平らな床に置き、毎日同じ条件で測りましょう。
体重計の置き場所は、畳や絨毯の上は避けましょう。
- 毎日決まった時間に測りましょう。
(朝起きて排尿した後が最も安定しています)
- できるだけ薄着で、いつもと同じような服装で測りましょう。
- 測定した体重は必ず記録し、経過を確認しましょう。
この手帳は、定期受診の際に医師に見せましょう。

(心不全治療中の患者さんへ)

あなたの体重目標値 (. kg)
かかりつけ医と相談し、目標を確認しましょう。





毎日の記録



年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	寝る前 (脈拍 回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚 症状 の 悪化	息切れ	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
	むくみ	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
	疲れやすさ	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
	食欲低下	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
	不眠	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
運動(○か×で記入)															
服 薬 チェック	朝	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	昼	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	夕	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通信欄記載		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

<メモ>



毎日の記録



年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 重(kg)															
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	寝る前 (脈拍 回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚 症 状 の 悪 化	息切れ	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
	むくみ	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
	疲れやすさ	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
	食欲低下	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
	不眠	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
運動(○か×で記入)															
服 薬 チェック	朝	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	昼	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	夕	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通信欄記載		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

<メモ>

医療者通信欄・多職種連携欄

あなたに関わる医療者の情報共有のためのページです
説明の内容や生活の注意点・目標の共有などにご活用ください

記載の際は前頁「毎日の記録」下部の通信欄□ にチェック✓をお願いします

《記載例》

年 月 日	連絡事項	記入者
2024 2/22	血圧が下がることが気になるとのことでした。 ふらつきなどの症状がなければ90mmHg台は 問題ないことをお伝えしました。	印

記載の際は前頁「毎日の記録」下部の通信欄□ にチェック✓をお願いします

《記載例》

年 月 日	連絡事項	記入者
2024 2/22	退院後の運動の目安を、会話しながら できる程度の運動（自宅前の平坦な道 を歩行 1回20分）としました。	印

採血結果の記録

ご自身で結果を記録し、変化を確認しましょう



	検査実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
心臓	NT-proBNP						
	BNP						
血糖	HbA1c						
脂質	LDL-C						
腎臓	eGFR						
貧血	Hb						
その他の選択項目							

<メモ>