



20 年

高血圧  
高脂血症 **パス**

動脈硬化を予防するための

目標血圧 / mmHg

目標LDL mg/dL

氏名 \_\_\_\_\_ 歳

		紹介時 (年 月)	※ <input type="checkbox"/> 部分は病院側記入欄																					
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月										
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/										
	脈拍	/分																						
	家庭血圧	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~										
	体重	kg																						
	内服	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACE I <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> statin										
	検査	Hb ( )	採血	20 年 月 日						採血						20 年 月 日								
		Cre ( )	Hb ( )	Cre ( )	BUN ( )	Na ( )	K ( )	Hb ( )						Cre ( )	BUN ( )	Na ( )	K ( )							
BUN ( )		LDL ( )	HDL ( )	TG ( )	Glu ( )	尿蛋白 ( )	LDL ( )						HDL ( )	TG ( )	Glu ( )	尿蛋白 ( )								
LDL ( )		<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日												<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日										
HDL ( )	胸部レントゲン 20 年 月 日												心電図 20 年 月 日											

病院	●受診	20 年 月 日	●次回受診予約	20 年 月 日
			20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 心エコー	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	20 年 月 日

20 年

狭心症  
心筋梗塞 **パス**

動脈硬化を予防するための

目標血圧 / mmHg

目標LDL mg/dL

氏名 歳

※ 部分は病院側記入欄

最終CAG 年 月 日

RCA :

LAD :

LCX :

プラビックス } 服用  
パナルジン }

年 月まで

永久的

一時的抗血小板薬中止

不可能

プラビックス・パナルジンのみ可能

すべて中止可能

その他( )

		紹介時 ( 年 月 )	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	
	家庭血圧	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	内服	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin	<input type="checkbox"/> aspirin
		<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> プラビックス
		<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン	<input type="checkbox"/> パナルジン
		<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin	<input type="checkbox"/> statin
		<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β	<input type="checkbox"/> β
		<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I
<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB		
<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬		
検査	Hb ( )	採血 20 年 月 日							採血 20 年 月 日						
	Cre ( )	Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )							Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )						
	BUN ( )	LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )							LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )						
	LDL ( )	<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日							<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日						
	HDL ( )	胸部レントゲン 20 年 月 日							胸部レントゲン 20 年 月 日						
		心電図 20 年 月 日							心電図 20 年 月 日						
病院	●受診	20 年 月 日	●次回受診予約						20 年 月 日						
			20 年 月 日												
	<input type="checkbox"/> 心エコー	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図						20 年 月 日						

20 年

心不全 パス

目標体重 kg

NYHA分類

- 1 かるくジョギングも可能
- 2 階段を2階まで楽に上がれる
- 3 着替えをしても息が切れない
- 4 じっとしていても息が切れる

氏名 歳

		紹介時 (年 月)	※ <input type="checkbox"/> 部分は病院側記入欄												
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	NYHA	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	
	内服	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I	<input type="checkbox"/> ACE I
		<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ARB
<input type="checkbox"/> アーチスト mg		<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	<input type="checkbox"/> アーチスト mg	
<input type="checkbox"/> 利尿薬		<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	
<input type="checkbox"/> ジギタリス		<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	<input type="checkbox"/> ジギタリス	
検査	Hb ( )	採血 20 年 月 日						採血 20 年 月 日							
	Cre ( )	Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )						Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )							
	BUN ( )	LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )						LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )							
	LDL ( )	BNP ( ) または NT-proBNP ( )						BNP ( ) または NT-proBNP ( )							
	HDL ( )	<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日						<input type="checkbox"/> 喫煙 本/日							
	BNP/NT-pro ( )	胸部レントゲン 20 年 月 日 : CTR = %						胸部レントゲン 20 年 月 日 : CTR = %							
病院	●受診	20 年 月 日						●次回受診予約 20 年 月 日							
	<input type="checkbox"/> 心エコー	20 年 月 日						20 年 月 日							
		・LVDd/Ds = /						・EF = %							

氏名 \_\_\_\_\_ 歳

※ \_\_\_\_\_ 部分は病院側記入欄

- C Congestive Heart Failure (心不全) (0, 1)
- H Hypertension (高血圧) (0, 1)
- A Age (75歳以上) (0, 1)
- D Diabetes (糖尿病) (0, 1)
- S Stroke/TIA (脳卒中) (0, 2) 合計 \_\_\_\_\_ 点

一時的抗凝固薬中止  
(ワーファリン・プラザキサ・イクザレルト・エリキュース)  
可能 / 不可能

		紹介時 (年月)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		
診療所	血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	脈拍	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分		
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg		
	内服	ワーファリン	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg							
		プラザキサ	300mg・220mg	300mg・220mg	300mg・220mg	300mg・220mg	300mg・220mg	300mg・220mg	300mg・220mg							
		イクザレルト	15mg・10mg	15mg・10mg	15mg・10mg	15mg・10mg	15mg・10mg	15mg・10mg	15mg・10mg							
		エリキュース	10mg・5mg	10mg・5mg	10mg・5mg	10mg・5mg	10mg・5mg	10mg・5mg	10mg・5mg							
		aspirin														
		β														
	ワソラン															
ジギタリス																
抗不整脈薬																
ACE I・ARB																
検査	Hb ( )	採血 20 年 月 日							採血 20 年 月 日							
	Cre ( )	Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )							Hb ( ) Cre ( ) BUN ( ) Na ( ) K ( )							
	BUN ( )	LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )							LDL ( ) HDL ( ) TG ( ) Glu ( ) 尿蛋白 ( )							
	LDL ( )	PT-INR ( )					PT-INR ( )					PT-INR ( )				
	HDL ( )	☐ 喫煙 本/日							☐ 喫煙 本/日							
	PT-INR ( )	胸部レントゲン 月 日														
	( )	心電図 月 日 : 洞調律・心房細動														
病院	●受診	20 年 月 日			●次回受診予約			20 年 月 日								
	☐心エコー	20 年 月 日			20 年 月 日											