富士宮市立病院心不全地域連携診療計画書
運用マニュアル

目次

○　心不全地域連携パス運用にあたって・・・・・・・・・・・・・・・ P1

Ⅰ．心不全地域連携パスに含まれる書類と診療報酬・・・・・・・・・P1

・地域連携診療計画加算算定の流れ・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２

・診療報酬を算定するには・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３

・心不全地域医療連携パスの基本的な書類の流れ・・・・・・・Ｐ４

ⅰ　心不全地域連携診療計画書兼同意書・・・・・・・・・・・Ｐ５

ⅱ　心不全手帳（入手方法について）・・・・・・・・・・・・・ Ｐ６

ⅲ　心不全地域連携情報共有シート・・・・・・・・・・・・Ｐ７、８

ⅳ　入院申込書（診療情報提供書）・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ９

ⅴ　心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書・・・・Ｐ１０

Ⅱ．担当病院、施設別、心不全地域連携診療計画書　運用要綱

ⅰ　急性期病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１１

ⅱ　連携病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１２

ⅲ　かかりつけ医・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１３

・心不全地域連携パス参加医療機関一覧・・・・・・・・・・Ｐ１４、１５

Ⅲ．心不全増悪時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１６

・診療情報提供書　連携病院又は、かかりつけ医⇒病院・・・・・・ Ｐ１７

心不全地域連携パス運用にあたって

●心不全地域連携パスの目的
心不全地域連携パスは、連携医療機関と急性期病院の医師が、患者の治療経過を共有し、包括的に管理することで、増悪を予防し、長期予後の改善を図るためのツールとして活用されることを目的としています。
●各医療機関の役割
・急性期病院の役割
救急医療や専門的治療を行います。
・回復期・療養病院の役割
日常生活への回復に向けた治療やリハビリテーションを行います。
・かかりつけ医の役割
慢性期の治療、管理、療養など地域で生活する患者さんの健康管理が主な役割となります。
●心不全地域連携パス開始時期
個別の患者に対する心不全地域連携パスの適応開始は急性期病院の医師が判断します。
状況に合わせパスの適応・不適応を判断し連携医療機関へ繋げます。

Ⅰ．心不全地域連携パスに含まれる書類と診療報酬

書類等の名称	概要
心不全地域連携診療計画書兼同意書（P5）	・入院中や今後の予定を説明するもので、心不全地域連携パスを開始するにあたり患者又は家族の同意を得る。 パス終了後、急性期病院へ原本を郵送する。
心不全手帳（Ｐ６）	心不全の注意事項等、自身の状態を記入し医療機関に現状を伝えるツールとして使用する。病院（急性期）⇒患者
心不全地域連携情報共有シート（Ｐ７、８）	退院時の患者状態を記載し医療機関との連携に使用する。 連携医療機関での情報共有 病院（急性期）⇒病院（連携病院） 病院（急性期）⇒かかりつけ医 病院（連携病院）⇒かかりつけ医
入院申込書（Ｐ９）	入院申し込み時、診療情報提供するもの。
心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書（Ｐ１０）	情報伝達ツールとして退院した病院（急性期病院・連携病院）とかかりつけ医間で利用するもの。 かかりつけ医⇒病院　原本は、退院した病院へ郵送
診療情報提供書（Ｐ１７）（かかりつけ医⇒病院）	心不全増悪時に使用。紹介元医療機関への診療情報提供を行う。連携病院又は、かかりつけ医⇒病院（急性期）

＊生活期医療機関⇒かかりつけ医と標記する。

心不全地域連携パス

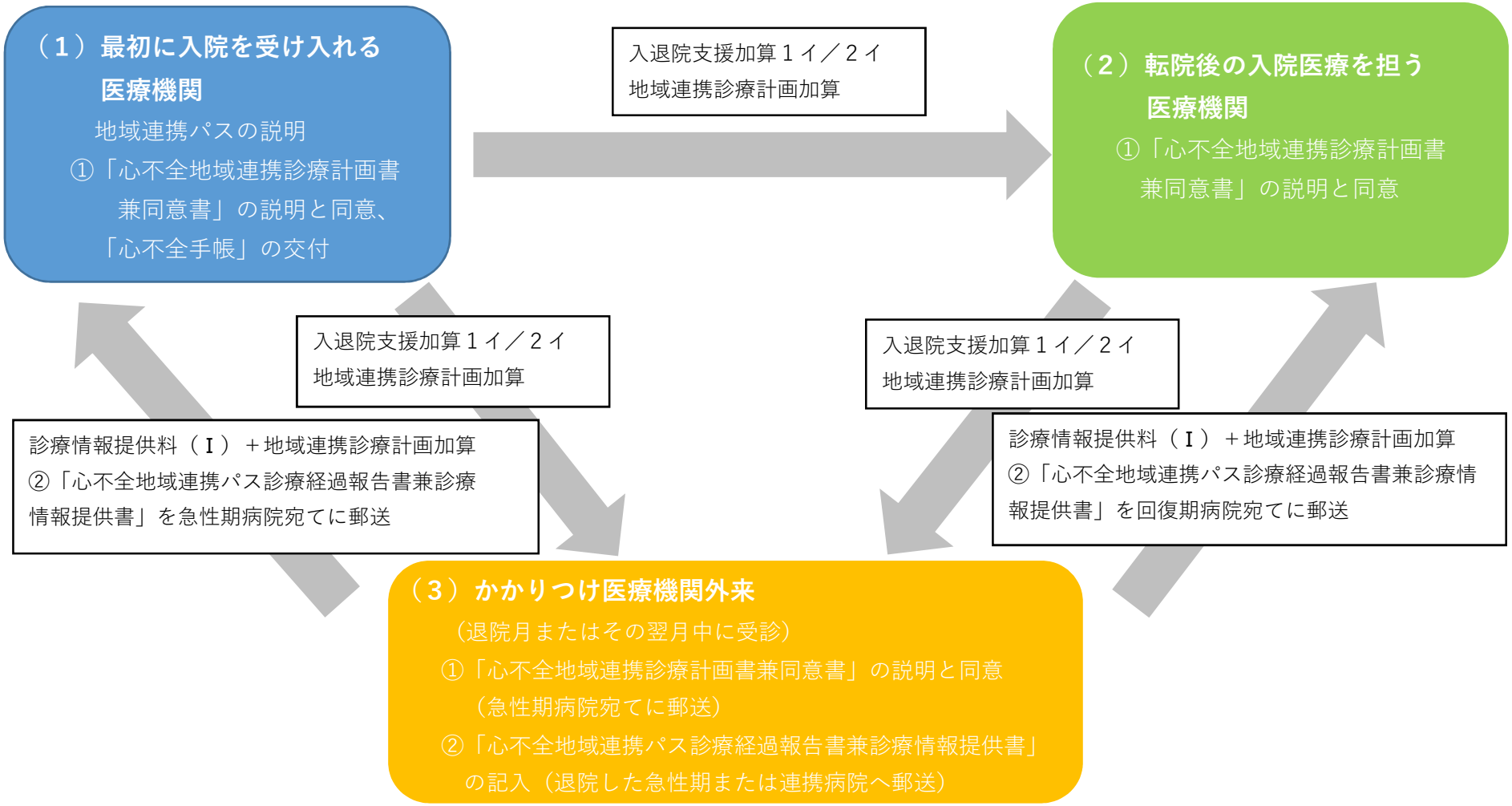
（１）最初に入院を受け入れる医療機関

（２）転院後の入院医療を担う医療機関

区分	項目	点数
Ａ２４６　１イ／２イ	入退院支援加算	７００点／１９０点
Ａ２４６注４	地域連携診療計画加算	３００点

（３）かかりつけ医療機関

区分	項目	点数
Ｂ００９	診療情報提供料（Ⅰ）	２５０点
Ｂ００９注１６	地域連携診療計画加算	５０点



診療報酬を算定するには・・・

（１）最初に入院を受け入れる医療機関

（２）転院後の入院医療を担う医療機関

①心不全地域連携診療計画の連携医療機関に参加する。

②急性期病院の地域連携室と年３回以上面会し、地域連携パスに関する情報を共有する。

（３）かかりつけ医療機関

①心不全地域連携診療計画の連携医療機関に参加する。

②急性期病院の地域連携室と年３回以上面会し、地域連携パスに関する情報を共有する。

③患者が急性期病院又は連携病院を退院した月又はその翌月にかかりつけ医療機関を受診した際、急性期病院または連携病院に対し、「心不全地域連携パス診療計画報告書兼診療情報提供書」を郵送する。

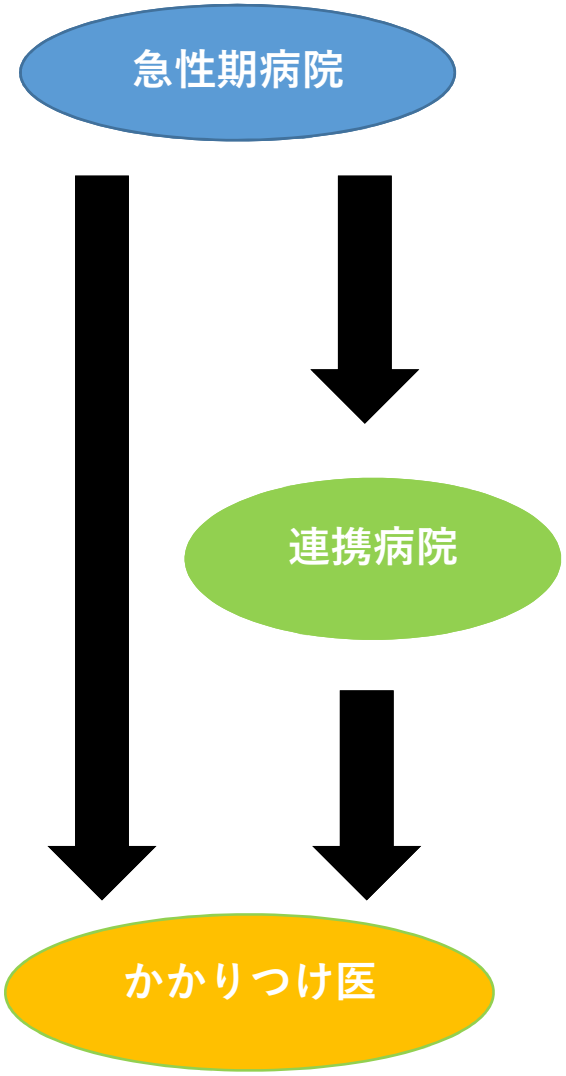
※厚生局への届出について

地域連携診療計画加算届出にあたって、急性期医療機関・連携医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが条件です。（かかりつけ医療機関は不要です。）また、かかりつけ医療機関は診療情報提供料（Ⅰ）に係る地域連携診療計画加算の届出が必要です。地域連携診療計画加算算定については、いずれの施設においても厚生局へ、以下の４点の届出が加算算定前月までに必要です。

・特掲診療料の施設基準に関する届出　　・心不全地域医療連携計画書兼同意書

・地域連携診療計画加算の届出　　・心不全手帳

心不全地域連携パスの基本的な書類の流れ



＜急性期病院必要書類＞

入退院支援加算用の書類

退院支援計画書

地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類

①心不全地域連携診療計画書兼同意書

②心不全手帳、③心不全地域連携情報共有シート

④入院申込書（連携病院へ）、診療情報提供書（かかりつけ医へ）

＜連携病院で交付する書類＞

入退院支援加算用の書類

退院支援計画書

地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類

①心不全地域連携診療計画書兼同意書

②心不全手帳、③心不全地域連携情報共有シート

④診療情報提供書（かかりつけ医へ）

⑤診療情報提供書（急性期病院へ）

＜かかりつけ医で交付する書類＞

①心不全地域連携診療計画書兼同意書

②心不全手帳

③心不全地域連携パス診療経過報告兼診療情報提供書

（急性期又は回復期・療養期へ）

心不全地域連携診療計画書 兼同意書

この計画書は心不全手帳とセットで使用します。最終同意後、富士宮市立病院へ郵送して下さい。

患者ID　　患者氏名
病棟　5A病棟　　病室　（　　）号室

急性期病院　　**医療機関名(富士宮市立病院)**
入院日
病名（　　）　症状（　　）
主治医（　　）

経過	超急性期	安定期	退院日(転院日)
	入院日～数日	数日～約2週間	/
達成目標 退院基準	・安静を守ることができる ・呼吸が楽になる ・体重が減る	・呼吸状態が改善する ・内服薬の必要性が理解できる ・生活習慣の問題点が理解できる ・退院に向けて多職種で話し合いを行う	・呼吸状態が入院前の状態になる ・服薬管理ができる
治療 処置 検査	・病状に応じて、安静・酸素投与・点滴を含めた薬物治療を行います ・病状に応じて、採血・心電図・超音波・レントゲン・尿検査を行います ・必要に応じてカテーテル検査や治療・ペースメーカー治療・陽圧呼吸による治療を行います		
食事 栄養	・病院食以外は食べられません ・医師の指示の下、食事内容を変更します ・医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います ・心不全治療のための栄養指導を行います		
リハビリ 活動	・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います ・状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します		
清潔 排泄	状態に応じて医師の指示の下指示をします ・洗面・清拭・洗髪・シャワー浴 ・ベッド上排泄・尿道留置カテーテル・　ポータブルトイレ・一般トイレ		
説明 指導	医師：病状説明 看護師：入院生活について説明 薬剤師：薬の確認	必要に応じて下記指導を行います理学療法士：運動指導 看護師：生活指導 薬剤師：薬剤指導 栄養士：栄養指導	
医療相談	今後の事について相談します ・退院支援・介護サービス等の利用 ・医療費について・社会復帰について		

上記について説明を受け同意します
説明者　　年　　月　　日
（　　）　氏名　　（続柄　　）

連携病院　　医療機関名（　　）
転院日
主治医（　　）

転院基準	・心不全に対する入院治療やリハビリテーションの継続が必要 ・侵襲的な高度治療は必要としないが、施設や自宅での生活を行えるようにする	
経過	転院日～退院 （入院期間：1～3ヶ月程度）	退院日 /
達成目標 退院基準	・呼吸状態が悪化しない ・服薬管理ができる ・体重と水分の管理ができる ・退院に向けて多職種で話し合いを行う	
治療 検査 薬剤	・病状に応じて採血　レントゲン　心電図などを行います ・内服薬を調整しながら治療を継続します ・必要時薬剤指導を行います	
食事 栄養	・医師の指示の下、塩分・水分制限があります ・必要時栄養指導を行います	
リハビリ 活動	・筋力低下を予防し日常生活動作を改善するため、医師の指示の下リハビリテーションを行います ・必要時生活指導を行います	
清潔 排泄	状態に応じて医師の指示の下指示をします ・洗面・清拭・洗髪・シャワー浴 ・ベッド上排泄・尿道留置カテーテル・　ポータブルトイレ・一般トイレ	
医療相談	今後の事について相談します ・退院支援・介護サービス等の利用・医療費について・社会復帰について	

上記について説明を受け同意します
説明者　　年　　月　　日
（　　）　氏名　　（続柄　　）

かかりつけ医　　医療機関名（　　）
受診日
主治医（　　）

在宅基準	軽度の機能障害はあるものの自宅での生活に支障がない
経過	病状が安定している限り
達成目標	・心不全手帳を活用しながら内服治療を継続し、食事・活動など生活習慣に気をつけながら再発を予防できる
治療・検査	必要に応じて、採血・レントゲンなどの検査・内服の管理を行います
生活	医師の指示の下、食事・水分などの制限を守り、必要時リハビリを継続しながら日常生活を送ることができるよう指導します

上記について説明を受け同意します
説明者　　年　　月　　日
（　　）　氏名　　（続柄　　）

2022.1作成

心不全手帳の入手方法について

①基本的には(株)第一三共の各地域担当の営業所に電話にて依頼。

・富士宮市、富士市の病院、医院の場合→三島営業所　055-971-6688

・山梨県の病院、医院の場合→山梨営業所　055-225-2031

②パス会議時での配布も可能。

この場合は、ある程度の部数を把握したいため事前に富士宮市立病院地域医療連携室までご連絡下さい。

心不全地域連携情報共有シート

患者番号：　　看 栄 退 薬 リハ
患者氏名：　　□急性期病院　□連携病院
生年月日：　　年　　月　　日

初回記載日	年　月　日		最終記載日	年　月　日	
身長	cm	体重（入院時） kg	職業	キーパーソン	
感染症	□ 無				
	□ 有 （ □ HBsAg □ HCV □ STS □ TPHA □ その他 ）				
医療行為	血糖測定	□ あり	□ なし		
	インスリン	□ あり	□ なし		
	酸素	□ あり（	□ なし		
	喀痰吸引	□ あり（ 回/日）	□ なし		
入院前の食事	調理者	□ 本人	□ 家族	□ その他 （ ）	
	食事内容	□ 自炊	□ 外食	□ 惣菜・加工食品	□ 配食サービス
栄養	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助	
	□ 常食	□ 粥食	□ 特別食（ ）	□ kcal	
	嚥下調整食 学会分類 （ ）			□ 禁忌	
	□ 経管栄養	□ 中心静脈	□ 末梢	内容	
排泄	□ トイレ	☑ ポータブルトイレ	□ オムツ	□ 留置カテーテル	□ ストマ
	最終排便 月 日	最終フォーレ交換 月 日 （ サイズ Fr ）			
清潔	シャワー浴	□ 清拭	□ 最終シャワー浴 月 日		
内服管理	入院前	□ 本人	□ 家族	□ 一包化	□ その他
	退院時	□ 本人	□ 家族	□ 一包化	□ その他
住宅環境	寝起き	□ 布団	□ ベッド		
	トイレ	□ 和式	□ 洋式	□ ポータブルトイレ	□ オムツ
	階段使用	□ 無	□ 有 （ □ 手すり □ スロープ □ その他 ）		
	家屋	□ 平屋	□ 2階建て □ 集合住宅 （エレベータ □ 有 □ 無 ）		
	コメント				
入院前ADL	寝返り	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	起き上がり	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	移乗	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	移動	□ 独歩	□ 杖・歩行器	□ 車椅子	□ ベッド上
	更衣	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	コメント				
退院時ADL	寝返り	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	起き上がり	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	移乗	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	移動	□ 独歩	□ 杖・歩行器	□ 車椅子	□ ベッド上
	更衣	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
	コメント				
MMSE	初回 ／ 30点 （ 月 日 ）		2回目 ／ 30点 （ 月 日 ）		
SPPB	バランス 点	歩行 点	椅子立ち上がり 点 ／ 12点 （ 月 日 ）		
栄養指導	□ 初回 年 月 日		□ 2回目 年 月 日		
問題行動	□ 無				
	□ 有	□ 昼夜逆転	□ 暴言	□ 暴力	□ 幻聴	□ 幻視	□ 妄想	□ 徘徊
		□ 介護抵抗	□ その他					
身体拘束	□ 体幹ベルト	□ 上肢ベルト	□ 下肢ベルト	□ ミトン	□ 離床センサー		
介護保険	□ 無 （ □ 申請中 □ 未申請 ）						
	□ 有 介護支援事業所			ケアマネージャー			
	要支援 □ 1 □ 2						
	要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5						
	サービス内容	□ デイサービス	□ ショートステイ	□ ヘルパー	□ 訪問看護		
		□ 福祉用具 （ ）		□ その他 （ ）			
家族構成/意向	□ 独居	□ 同居 （ ）		□ 施設 （ ）			
	受け入れ可能なADL	□ 自立	□ 杖・歩行器	□ 車椅子	□ ベッド上		
	退院先の希望	□ 自宅	□ 施設	□ 転院	□ 未定		

患者番号：
患者氏名：
生年月日：　　年　　月　　日

特記事項	看護師　記載　☐ あり　☐ なし
	・ 心不全手帳管理者　☐ 本人　☐ その他（　　）
	記入状況
	・ 退院時体重　kg　体重増量可能値　kg
	☐ 毎日測定　☐ その他（　　）
	・ 血圧　入院中　mmＨｇ台で経過　血圧目安　mmＨｇ
	血圧測定　☐ 毎日2回測定　☐ その他（　　）
	コメント
	リハビリ
	起算日　年　月　日
	リハビリ開始日　年　月　日
	疾患別　☐ 心大血管疾患リハビリテーション　☐ その他（　　）
	目標設定等支援・管理シート　☐ あり　☐ なし
	総合実施計画書最終算定日　年　月　日
	コメント
	薬剤師　記載　☐ あり　☐ なし
	栄養士　記載　☐ あり　☐ なし
	）
	退院支援担当　記載　☐ あり　☐ なし

医療機関名

主治医	担当看護師	担当リハビリ
担当薬剤師	担当栄養士	担当退院支援

2022.1作成

富士宮市立病院用

入院申込書 (1) (診療情報提供書:心不全)

紹介元医療機関の所在地及び名称　(電話番号: 0544-27-3151　FAX番号:　0544-27-3192 (連携室直通))

〒418-0076
静岡県富士宮市錦町3番1号
富士宮市立病院

記載年月日
担当診療科
医 師 氏 名　　㊞

患者氏名		性別	生年月日	年　月　日(　歳)
傷 病 名			初診日	
既往・合併症			入院日	
			発症日	

紹介目的	
症状経過・検査結果及び治療経過　※経過に関しては別紙添付でもかまいません。	

現在の処方
※一覧の添付でかまいません。
※使用中の点滴等の情報も記載をお願いします。
※向精神薬など最近中止した薬物に関しても情報提供ください。

添付書類　※患者状態により該当する下記資料の添付をお願いいたします。
☐ 直近の血液データ(必須)☐ 処方薬一覧(必須)
☐ 必要画像データ(該当時☐ X-P　☐ ECG　☐ 心エコー　☐ CAGレポート　)
☐ その他の情報　(　　)

☑ 治療食等(制限内容:　　)
(食事形態☐ 常食☐ 流動　☐ 全粥 ☐ キザミ☐ トロミ☐ 他　　)
☐ 認知症(☐ 軽☐ 中☐ 重)(☐ HDS-R☐ MMSE　　点)☐ 問題行動☐ 夜間不穏☐ 昼夜逆転☐ 放声☐ 拒食　)
☐ 抑制状況(☐ 腕☐ 足☐ 四肢☐ 体幹)(☐ ベッド上☐ 車椅子)(☐ 常時☐ 夜間☐ 日中☐ 必要時☐ ブザーマット　)
☐ 褥創(部位:　　)(大きさ:　　)

現在の能力(ADL)　※手段は必ず選択してください
移動 ☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助 ☐ 全介助　手段(　　)
排尿 ☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助 ☐ 全介助　手段(　　)
排便 ☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助 ☐ 全介助　手段(　　)
食事 ☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助 ☐ 全介助　手段(　　)
コミュニケーション ☐ 可 ☐ 不十分☐ 意思伝達可☐ 意思伝達困難) ☐ 不可
ナースコール ☐ 押せる　☐ 押せない☐ 理解不可☐ 他 (　　)
備 考 欄 (　　)

感染症　※記載してください
☐ 有り　☐ 無し

運動負荷指示
☐有り(　METS)　☐無し

リハビリ歴
☐ 実施中 ☐ 未実施
☐ PT☐ OT☐ ST☐ 他

その他

2022.1作成

心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書

報告日：　　年　　月　　日

【急性期又は連携病院】 医療機関名： 住所： 電話：	【かかりつけ医】 医療機関名： 住所： 電話：
患者氏名	紹介先患者番号
性　　別	生年月日　　年　　月　　日　（　　歳）

下記のとおり地域診療連携計画に基づき、診療内容について報告します。

地域診療計画に基づく診療の実施日　　年　　月　　日

診　療　医　師　　印

地域連携診療計画に

☐ 変更なし

☐ 変更あり。貴院にて精査願います。詳細は、診療情報提供書をご参照ください。

診療所見　☐ 異常なし　☐ 異常あり（　　）

各種検査　☐ 未実施　☐ 実施　（☐ 心電図　☐ 採血・採尿　☐ レントゲン）

（☐ その他　　）

処方　☐ 変更なし　☐ 変更あり（　　）

フリーコメント

※ 医療機関の退院日に属する月またはその翌月中に、退院した医療機関宛に郵送してください。

2022.1作成

Ⅱ． 担当病院・施設別、心不全地域連携診療計画書（心不全パス）運用要綱

ｉ） 急性期病院

【心不全地域連携診療計画書（心不全パス）作成医療機関】
１）入退院支援加算用の書類⇒退院支援計画書
２）地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類
①心不全地域連携診療計画書兼同意書（Ｐ５）
②心不全手帳（Ｐ６）
③心不全地域連携情報共有シート（P7、8）
④入院申込書（Ｐ９）（連携病院用）。
かかりつけ医用には既存の診療情報提供書を使用します。
⑤シズケアかけはし登録同意書、及び登録（登録病院は活用）

●地域連携診療計画加算（300 点）を算定するには、入退院支援加算の算定が必要。
１）退院支援計画書は、地域医療連携室介入後、家族面談時に作成する。
２）地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類
①心不全地域連携診療計画書兼同意書
・入院 7 日以内に主治医から説明を行い同意を得る
・同意した心不全地域連携診療計画書兼同意書は、
2 部コピーし 1 部をスキャン依頼し、1 部を患者、又は家族に渡す。
原本は、転院先、又はかかりつけ医受診時、患者・家族が持参する。
②心不全手帳
・使用方法を患者、家族へ指導する
・必要事項を記載する
③心不全地域連携情報共有シート
・各職種が必要事項を記載し、連携病院、又はかかりつけ医に退院時の情報を引き継ぐ
・作成後、1 部コピーしスキャン依頼し、原本は、転院先、又はかかりつけ医へ患者・家族が持参する。
④診療情報提供書（退院して、かかりつけ医へ戻る場合）、入院申込書（転院の場合）
・原本は、転院先、又はかかりつけ医へ患者、家族が持参する。
退院支援担当者が事前にＦＡＸ送信する。
⑤シズケアかけはしへの登録同意を得られた患者の登録を行う。
・同意書の記入
・患者登録

ⅱ）　連携病院

【急性期病院からの患者持参書類】
①心不全地域連携診療計画書兼同意書（Ｐ５）
②心不全手帳（Ｐ６）
③心不全地域連携情報共有シート（Ｐ７、８）
④診療情報提供書（入院申込書）

【連携病院で交付する書類】
１）入退院支援加算に関る書類⇒退院支援計画書
２）地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類
①心不全地域連携診療計画書兼同意書（連携病院部分）（Ｐ５）
②心不全手帳（Ｐ６）
③心不全地域連携情報共有シート（Ｐ７、８）
④診療情報提供書（かかりつけ医宛｛紹介用｝・急性期医療機関宛｛返事用｝）
⑤シズケアかけはし（登録病院は活用）

●地域連携診療計画加算（300 点）を算定するには、入退院支援加算の算定が必要
１）退院支援計画書は、地域医療連携室介入後、家族面談時に作成する。
２）地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類
①心不全地域連携診療計画書兼同意書
・入院７日以内に回復期・療養型医療機関の部分を、
主治医から説明を行い、同意を得る
・同意した心不全地域連携診療計画書兼同意書は、コピーを患者、又は家族に渡す。
原本は、かかりつけ医受診時、患者・家族が持参する。
②心不全手帳
・使用方法を患者、家族へ指導する
・必要事項を記載する
③心不全地域連携情報共有シート
・回復期・療養型医療機関の各職種が必要事項を記載し、かかりつけ医に退院時の情報を引継ぐ
・急性期からの心不全地域連携情報共有シートのコピーと共に、原本をかかりつけ医へ患者・家族が持参する。
④診療情報提供書
・かかりつけ医宛は、患者、家族が持参する。
・急性期宛ては、地域医療連携室に郵送する。

ⅲ）　かかりつけ医

【急性期・連携病院からの患者持参書類】
①心不全地域連携診療計画書兼同意書（Ｐ５）
②心不全手帳（Ｐ６）
③心不全地域連携情報共有シート（急性期、又は連携病院分）（Ｐ７、８）
④診療情報提供書（急性期、又は連携病院から）

【かかりつけ医で使用及び交付する書類】
①心不全地域連携診療計画書兼同意書（かかりつけ医部分）（Ｐ５）
②心不全手帳（Ｐ６）
④心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書を急性期病院、又は連携病院宛に郵送する。（Ｐ１０）
⑤シズケアかけはし（登録病院は活用）
（※③心不全地域連携情報共有シートの交付は不要です）

●かかりつけ医は、地域連携診療計画加算の届け出を行う事で、診療情報提供書 250 点＋地域連携診療加算 50 点を上乗せすることが可能

１）地域医療連携加算用、パス運用時の必要書類

①心不全地域連携診療計画書兼同意書
・かかりつけ医から説明を行い、同意を得る
・同意した心不全地域連携診療計画書兼同意書は、コピーを取りコピーは患者・家族に渡し、原本は、急性期病院へ郵送する。

②心不全手帳
・使用方法を患者、家族へ指導する
・必要事項を記載する

③心不全地域連携情報共有シート
・心不全地域連携情報共有シートより患者情報を引き継ぐ。

④心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書
・急性期病院、又は連携病院宛に郵送する。
心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書は、富士宮市立病院ＨＰより印刷する（希望医療機関には富士宮市立病院病診からＦＡＸまたは Ｅ メールで送付します）。

心不全地域連携パス参加医療機関一覧

急性期病院

病院名	連携部署	電話番号
富士宮市立病院	地域医療連携室	0544-27-3151（TEL） 0544-27-3192（FAX）

連携病院

病院名	連携部署	電話番号
新富士病院	相談室	0545-36-2211（TEL） 0545-36-2343（FAX）
富士いきいき病院	医療連携室	0545-73-1926（TEL） 0545-73-1917（FAX）
富士宮中央クリニック	連携室	0544-22-6675（TEL） 0544-22-6676（FAX）
飯富病院	連携室	0556-42-2322（TEL） 0556-42-3481(FAX)
身延山病院	事務	0556-62-1061（TEL） 0556-62-1306（FAX）

かかりつけ医

富士宮市	電話番号	ＦＡＸ
浦野内科クリニック	23-3011	23-3035
大宮望月クリニック	25-5338	25-5388
北山医院	58-6500	58-4888
小林内科クリニック	66-6010	66-6011
桜田医院	65-0071	65-2488
佐野記念クリニック	27-1151	27-4920
永松医院	26-3070	26-4000
南陽堂内科循環器クリニック	28-3010	28-3012
西原医院	24-3335	24-3569
フジヤマ病院	54-1211	54-1210
吉見内科クリニック	25-1112	25-1118
渡辺クリニック	21-1239	21-1240
南部・身延町		
富河医院	0556-66-2009	0556-66-2998
南部町国民健康保険診療所	0556-64-3117	0556-64-3713

Ⅲ．心不全増悪時の対応

かかりつけ医での対応

心不全増悪が疑われる場合には、診療情報提供書（連携病院又は、かかりつけ医⇒病院）を用いて急性期医療機関に紹介する。

受診時には、心不全手帳を持参するように伝える。

・診療情報提供書　連携病院又は、かかりつけ医⇒病院（Ｐ１７）

診療情報提供書は富士宮市立病院ＨＰより印刷
（希望医療機関には富士宮市立病院病診からＥメールで送付します）。

診療情報提供書　（連携病院又は、かかりつけ医⇒病院）

紹介先医療機関名

科　　先生御侍史

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日　　年　　月　　日（　　歳）　職業
傷病名　　慢性心不全の増悪
紹介目的　　心不全加療のお願い
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 平素より大変お世話になっております。今回、心不全の増悪をきたしましたので、ご紹介させていただきました。詳細は、心不全手帳及び別紙を参照いただけましたら幸いに存じ上げます。お手数をおかけいたしますが、ご加療の程、何卒よろしくお願いいたします。
治療経過
現在の処方
備考

備考

1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

※　裏面記載欄あり

【心不全評価項目】（該当項目にチェックを入れてください。） 記載日　年　月　日

血圧　　/　　mmHg　脈拍　　回 / 分　　整， 不整

SPO2　　%　　安静時呼吸数　　回/分

□ 体重増加　（　　） kg増加/ （　　） 週間　（退院前体重　　kg ）

□ 体動時の息切れ　　いつから　（　　日前 ）

□ 安静時呼吸困難　　いつから　（　　日前 ）

□ 起坐呼吸　　いつから　（　　日前 ）

□ 浮腫　　いつから　（　　日前 ）

□ 胸部レントゲン　（□ 肺うっ血　、□ 胸水貯留　、□ 心胸郭比増大 ）

心不全への追加治療　有　・　無

具体的内容 （　　）

2022.1作成

富士宮市立病院心不全地域連携診療計画書運用マニュアル
改訂履歴

○ 2022.3.1　　作成
○ 2022.3.24　　一部改訂
○ 2022.7.1　　一部改訂