

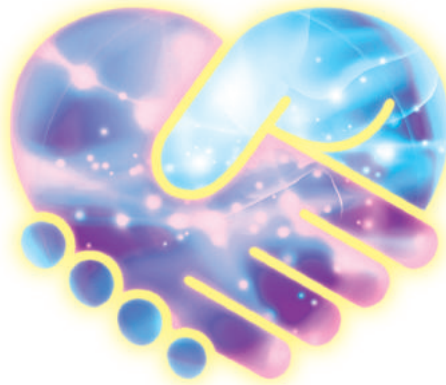
担当の医師や薬剤師等に
この手帳をお見せください

急性心筋梗塞医療連携パス

安心ハート手帳

第5版

2023年改訂



岡山県

ふりがな
お名前

様

安心ハート手帳（急性心筋梗塞医療連携パス） の利用の手引き

1)はじめに

急性心筋梗塞の治療後は、心臓リハビリテーション（運動療法のほか、薬物療法、食事療法、禁煙なども含む治療）を継続することで健康な生活をめざします。

安心ハート手帳は『あなた』を中心に、『カテーテル治療を行った急性期病院』と『かかりつけ医療機関や運動施設など』が、治療の内容や目標、スケジュールを共有して、切れ目のない、質の高い医療を提供するためのものです。普段の診察やお薬処方、かかりつけ医療機関が行いますが、必要に応じて急性期病院が対応しますのでご安心ください。

2)安心ハート手帳の使い方

- 医療機関を受診する時や運動施設に参加する時、薬局でお薬をもらう時、その他入院時や緊急の場合などはこの手帳を持参し、医師や担当者にお見せください。
- 今後の治療のおおまかな流れは、「急性心筋梗塞医療連携パス計画書」で確認することができます。（3、4ページ）
- 急性期病院が行った治療内容や今後の検査スケジュールは、「急性期病院での治療記録」で確認することができます。（5ページ）

- あなたの適切な運動の目安は、「運動処方せん」で確認することができます。運動が可能な医療機関又は施設があれば連携した指導を受けることができます。(6ページ)
- かかりつけ医療機関には、「心筋梗塞の管理目標」を使った診療をお願いしています。(8ページ～)
- 毎日の体重や血圧などは「あなたの日々の生活の記録」に記入することができます。自己管理にお役立てください。(12ページ～)
- かかりつけの医療機関や薬局で服薬指導を受けることができます。この安心ハート手帳とお薬手帳を持参ください。(45ページ～)
- 巻末の余白には、検査成績などを貼ることができるようにしています。

3)「冠動脈疾患 上手につき合うために」の使い方……



入院中から用いられる指導用の冊子です。治療施設に関わらず、同じ指導が受けられるのが特徴です。普段からお手元において、ご家族で活用ください。

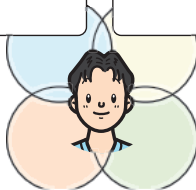
岡山県 急性心筋梗塞医療連携パス計画書



安心ハート手帳は、『カテーテル治療を行った急性期病院』と『かかりつけ医療機関や運動施設、かかりつけ薬局など』が治療の内容や目標、スケジュールを共有し、切れ目のない、質の高い医療を提供するためのものです。普段の診察は、かかりつけ医療機関が行いますが、必要に応じて急性期病院が対応しますのでご安心ください。

安心ハート手帳運用時は、個人情報の保護に細心の注意をはらいます。プライバシーに問題のない範囲で県に提供され、パスの運用状況を評価するために使用される場合があります。

氏名	説明書
代理人	説明日 年 月 日
連絡先1	入院日 年 月 日
連絡先2	退院日 年 月 日

急性期病院 もしくは説明者	かかりつけ医療機関								
<table border="1"> <tr> <td>検査</td> <td>定期的にカテーテル検査を行います。必要時にはカテーテル治療を行います。</td> </tr> <tr> <td>治療</td> <td>退院後の治療はかかりつけ医に依頼しますが、状態が変われば迅速に対応します。</td> </tr> </table>	検査	定期的にカテーテル検査を行います。必要時にはカテーテル治療を行います。	治療	退院後の治療はかかりつけ医に依頼しますが、状態が変われば迅速に対応します。	<table border="1"> <tr> <td>検査</td> <td>定期的に採血、心電図、レントゲン検査などを行います。</td> </tr> <tr> <td>治療</td> <td>内服治療を継続します。かかりつけ薬局があれば服薬指導をお願いします。</td> </tr> </table>	検査	定期的に採血、心電図、レントゲン検査などを行います。	治療	内服治療を継続します。かかりつけ薬局があれば服薬指導をお願いします。
検査	定期的にカテーテル検査を行います。必要時にはカテーテル治療を行います。								
治療	退院後の治療はかかりつけ医に依頼しますが、状態が変われば迅速に対応します。								
検査	定期的に採血、心電図、レントゲン検査などを行います。								
治療	内服治療を継続します。かかりつけ薬局があれば服薬指導をお願いします。								
									



健康増進施設、心臓リハビリ実施施設	かかりつけ薬局
急性期病院が継続する場合がありますが、連携する場合は適切で安全な運動を実施します。	外来での服薬指導を行います。
	

あなたの治療の流れ

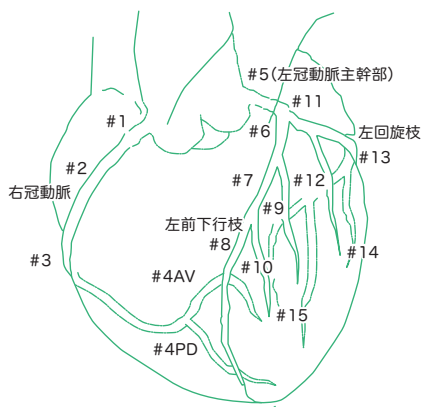
急性期病院 受診月日	/	/	/	/	/	/
かかりつけ医 受診月日	/	/	/	/	/	/
	入院から 退院まで	退院後 1か月～3か月	退院後 6か月～12か月以降	12か月以降		
治療 の 流れ	急性期病院で合併症に注意しながら退院を目指します。冠危険因子の治療も行います。	退院後はかかりつけ医療機関を中心に診療処方を行います。 かかりつけ医や他の医療機関を受診する際には 毎回必ず手帳を持参 していただくをお願いします。経過を観察するため、急性期病院に定期的に受診していただくことがあります。継続的に服薬をし、目標値に達していない場合は薬剤調整を行います。	症状や目標値の達成度合いに合わせて、急性期病院で確認のため心臓カテーテル検査、冠動脈CT、心筋シンチを行います。 結果により入院・治療が必要になる場合もあります。	かかりつけ医療機関での診療を継続します。1年に1回程度は急性期病院への受診が必要になる場合もあります。		
検査	心臓カテーテル治療	定期的に血液検査や心電図、レントゲン検査を行います。	必要に応じて冠動脈CT、心臓カテーテル検査、心筋シンチグラムを実施します。	定期的に血液検査や心電図、レントゲン検査を行います。		
薬物療法	服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ薬局での服薬指導を受けてください。 P9の二次予防目標達成チェックリストに応じて薬剤の追加・減量をする場合があります。 ● お薬の説明用紙を参照してください。 ● 飲み忘れのないように気をつけてください。 ● 出血を伴う処置を行う場合は医師にご相談ください。 				
運動療法	退院に向け急性期心臓リハビリを行います。	病院もしくは自宅、運動施設で回復期心臓リハビリを行います。	自宅、運動施設で維持期心臓リハビリを続けましょう。			
栄養療法	栄養指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 食塩摂取量 6g未満/日を続けましょう。 ● エネルギー制限など特別に指導が出ている場合は指導内容を守りましょう。 				

急性期医療機関⇨かかりつけ医療機関への情報

急性期病院での治療記録 () 回目入院

心筋梗塞発症日	年 月 日
責任冠動脈	
冠危険因子	高血圧 糖尿病 脂質異常症 喫煙
左室機能 EF (%)	<input type="checkbox"/> 55%以上 (良好) <input type="checkbox"/> 41-54% (やや低下) <input type="checkbox"/> 40%以下 (低下)
心不全悪化のリスク	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い
狭心症発作のリスク	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い
注意すべき不整脈	

◆治療部位を図示してください。BMS(通常のスtent)かDES(薬剤溶出性スtent)も示してください。



プラビックスの中止指示など連絡事項があれば記載してください。			
急性期病院診察予定日	年 月 日		
急性期病院診察予定日	年 月 日		

冠動脈の部位：右冠動脈(RCA)は#1～#4、左冠動脈主幹部(LMT)は#5
 左冠動脈前下行枝(LAD)は#6～#10、左冠動脈回旋枝(LCX)は#11～#15

運動処方せん

運動処方日 年 月 日

運動処方施設

主治医

心肺運動負荷試験 有 ・ 無

		適正	最大	自覚的運動強度
強度	心拍数	回/分	回/分	6
				7 非常に楽である
	メッツ*			8
				9 かなり楽である
				10
				11 楽である
自覚的運動強度			12	
			13 ややきつい	
			14	
			15 きつい	
頻度		時間		16
種類	ウォーキング速度	ゆっくり・ふつう・はやく		17 かなりきつい
				18
	自転車エルゴメータ	watt		19 非常にきつい
				20

●運動負荷試験無しの場合の運動強度予測式

目標心拍数 = $\{(220 - \text{年齢}) - \text{安静時心拍数}\} \times k + \text{安静時心拍数}$

*kは0.2より開始し、最大0.4まで徐々に増加していく(kに用いた数字は備考に記載)

*メッツ…「冠動脈疾患 上手につき合うために」6P 参照



備考・注意点

日常活動エネルギー所用量(メッツ表)

メッツ	日常生活動作及び活動	レクリエーション・スポーツなど	職業
1～2 メッツ	座位・立位	読書・トランプ	事務仕事
	食事・洗面	囲碁・将棋	手先の仕事
	ゆっくりの歩行(1～2km/h)		
	自動車運転		
2～3 メッツ	ややゆっくりの歩行(3km/h)	楽器演奏(ピアノ)	守衛・管理人
	自転車(8km/h)	ビリヤード・ボーリング	医師・教師
	調理	社交ダンス	
		ゴルフ(カート有)	
3～4 メッツ	普通の歩行(4km/h)	魚釣り	機械・溶接作業
	自転車(10km/h)	バドミントン(遊び)	トラック・タクシー運転手
	シャワー	ラジオ体操	
	家事一般	ゴルフ(カートなし・荷物なし)	
	買い物(軽い買い物)	バレーボール(遊び)	
4～5 メッツ	入浴・夫婦生活	卓球・野球(守備)	ペンキ工・石工
	やや速めの歩行(5km/h)	ダンス・種々の柔軟体操	自動車修理
	自転車(13km/h)	テニス(遊びのダブルス)	
	両手で荷物を持ち短距離歩行(10kg未満)	園芸(持ち上げる作業なし)	
	軽い大工仕事・草むしり		
5～6 メッツ	速めの走行(6km/h)	スケート	大工
	自転車(16km/h)		農業
	階段昇降		
	片手で荷物を持ち短距離歩行(10kg未満)		
6～7 メッツ	速い歩行(8km/h)	テニス(遊びのシングルス)	
	ゆっくりしたジョギング(4.5km/h)	野球(ピッチング)	
	自転車(17.5km/h)	サーフィン・スキー	
		空手・柔道	
7～8 メッツ		山登り(負荷なし)	
	ジョギング(8km/h)	山登り(5kgの荷物を背おって)	
	自転車(19km/h)	サッカー(遊び)	
		バドミントン(競技)	
8～9 メッツ		水泳	
	ジョギング(10km/h)	バスケットボール(競技)	
9～10 メッツ		自転車(22km/h)	なわとび(ゆっくり)
10～11 メッツ		ボクシング	
		アメリカンフットボール(競技)	
10～11 メッツ			サッカー(競技)
			なわとび(通常～速い)

心筋梗塞の管理目標

◆冠危険因子 高血圧 糖尿病 脂質異常症 喫煙 肥満（メタボリックシンドローム）

自覚症状や 検査のチェック	<p>◆胸痛、息切れ、浮腫、動悸の有無を確認してください。</p> <p>◆心電図やレントゲンとあわせ確認ください。</p>
体 重 管 理 目 標	<p>目標BMI (kg/m²) 18.5～24.9</p> <p>現在のBMI(体重kg)÷(身長 m)÷(身長 m) = <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>目標体重 (身長 m)×(身長 m)× <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> = <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>腹 囲 男性85cm以下 女性90cm以下 内臓脂肪 臍レベルCT断面像で100cm²未満</p>
血 圧 管 理 目 標	<p>診察室血圧130/80mmHg未満、 家庭血圧125/75mmHg未満</p>
糖 尿 病 管 理 目 標	<p>HbA1c 7.0%未満。ただし、前期高齢者では7.5%未満。 後期高齢者では認知機能やADLの低下、低血糖リスクを 考慮して8.0～8.5%未満</p>
脂 質 管 理 目 標	<p>LDLコレステロール …………… 70mg /dl未満 HDLコレステロール …………… 40mg /dl以上 中性脂肪 ……………150mg /dl未満（空腹時） ……………175mg /dl未満（随時） non HDLコレステロール ……100mg /dl未満</p>
食 事 指 導	<p>食塩摂取量6g未満 /日 1日純アルコール量25g /日未満</p>
完 全 禁 煙	<p>禁煙・受動喫煙も回避</p>
運 動 指 導	<p>1日最低30分、週3-4回以上の有酸素運動を行う。</p> <p>◆病院や運動施設で心臓リハビリテーションに参加できない場合、 添付された運動処方箋に基づいた指導をお願いします。</p>
血 液 検 査	<p>◆スタチン内服中はCPK値の上昇や肝機能異常、筋肉痛に注意 してください。</p> <p>◆腎機能の悪化に注意してください。</p>
服薬状況の確認	<p>抗血小板剤の減量については急性期病院の指示を仰いでください。</p>

二次予防目標達成チェックリスト かかりつけ医療機関等が記入してください。

		退院時の状態	()か月後	()か月後	()か月後
		月 日	月 日	月 日	月 日
受診先 (記入者)		急性期病院	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他
検査項目		<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
※上記検査で特記事項があれば記入してください。					
栄養指導		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体所見	血 圧				
	脈 拍				
	体 重				
心不全	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP				
糖尿病	HbA1c				
脂質異常	LDL-C				
	HDL-C				
禁 煙		<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない
次回までの目標					

二次予防目標達成チェックリスト かかりつけ医療機関等が記入してください。

		()か月後	()か月後	()か月後	()か月後
		月 日	月 日	月 日	月 日
受診先 (記入者)		<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他
検査項目		<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
※上記検査で特記事項があれば記入してください。					
栄養指導		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体所見	血 圧				
	脈 拍				
	体 重				
心不全	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP				
糖尿病	HbA1c				
脂質異常	LDL-C				
	HDL-C				
禁 煙		<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない
次回までの目標					

二次予防目標達成チェックリスト かかりつけ医療機関等が記入してください。

		()か月後	()か月後	()か月後	()か月後
		月 日	月 日	月 日	月 日
受診先 (記入者)		<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他
検査項目		<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
※上記検査で特記事項があれば記入してください。					
栄養指導		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体所見	血 圧				
	脈 拍				
	体 重				
心不全	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP				
糖尿病	HbA1c				
脂質異常	LDL-C				
	HDL-C				
禁 煙		<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない
次回までの目標					

記入例

あなたの日々の生活の記録

目標体重 **65** kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

4 月の目標

毎日 10,000 歩以上歩く

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- (○) まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	4/24	4/25	4/26	4/27	4/28	4/29	4/30
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重	71.2	70.8	71.1	70.5	70.0	69.2	69.5
朝	血圧 148 / 101	150 / 100	150 / 102	145 / 100	140 / 95	136 / 90	136 / 95
	脈拍	68	66	63	65	63	62
夕	血圧 135 / 90	136 / 89	136 / 92	132 / 88	130 / 89	130 / 88	132 / 88
	脈拍	67	66	64	63	62	63
運動(○か×)	×	○	○	○	○	○	○
歩数	1000	8000	11000	10000	3000	10000	10000
服薬 (お薬を飲んだら○)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)	(朝) (昼) (夕) (眠前)
メモ	雨なので外出できなかった				歩く代わりにスクワットを10回した		
医療者からのコメント	毎日の歩行や運動で、体重も減ってきていますね。						

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からの コメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からの コメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		月	火	水	木	金	土	日
体重								
朝	血圧							
	脈拍							
夕	血圧							
	脈拍							
運動(○か×)								
歩数								
服薬 (お薬を飲んだら○)		朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ								
医療者からのコメント								

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		月	火	水	木	金	土	日
体重								
朝	血圧							
	脈拍							
夕	血圧							
	脈拍							
運動(○か×)								
歩数								
服薬 (お薬を飲んだら○)		朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ								
医療者からのコメント								

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からの コメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

目標体重 _____ kg

★月末に達成状況を振り返りましょう

月の目標

目標の達成状況 (どれかに○)

- () 達成できた
- () まあまあ達成できた
- () 達成できなかった

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血压						
	脈拍						
夕	血压						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

あなたの日々の生活の記録

記入例 を参考に毎日記入しましょう!

日付	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重							
朝	血圧						
	脈拍						
夕	血圧						
	脈拍						
運動(○か×)							
歩数							
服薬 (お薬を飲んだら○)	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前	朝 昼 夕 眠前
メモ							
医療者からのコメント							

かかりつけ薬局の記載するページ

日 付	連絡事項(患者さん向け、および医療機関向け)
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

かかりつけ薬局の記載するページ

日 付	連絡事項(患者さん向け、および医療機関向け)
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

かかりつけ薬局の記載するページ

日 付	連絡事項(患者さん向け、および医療機関向け)
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

かかりつけ薬局の記載するページ

日 付	連絡事項(患者さん向け、および医療機関向け)
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

MEMO

A series of horizontal dashed lines for writing.

MEMO



【監修】 岡山県保健福祉部医療推進課
岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議
岡山心臓リハビリテーション研究会
日本循環器協会

第5版 2023年改訂