

心不全手帳

第2版



受診時にお持ちください



日本心不全学会
The Japanese Heart Failure Society

あなたの情報



氏名	
生年月日	T.S.H 年 月 日
住所	
電話番号	

緊急連絡先

氏名	
あなたとの関係	
住所	
電話番号	

あなたのかかりつけ医

医療機関名	
電話番号	
診療科・医師名	

医療機関名	
電話番号	
診療科・医師名	

今まで治療した病気

病気の名前	治療した医療機関

介護認定

要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
要支援	1 ・ 2

利用介護施設(デイケア サービス 通所リハ 訪問看護)

介護施設名	
電話番号	
ケアマネージャー名	



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

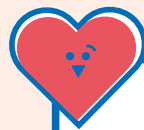
メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

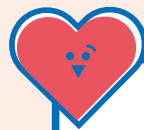
メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

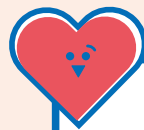
メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

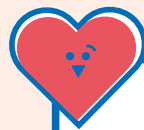
メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

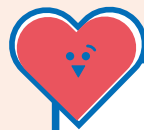
メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



毎日の記録

年		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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ



日本心不全学会『心不全手帳』作成委員(五十音順・敬称略)

青木 芳幸(JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター・慢性心不全看護認定看護師)

五十嵐 葵(聖路加国際病院心血管センター・慢性心不全看護認定看護師)

内山 寛(新東京病院リハビリテーション室・理学療法士)

奥村 貴裕(名古屋大学医学部附属病院重症心不全治療センター)

衣笠 良治(鳥取大学医学部病態情報内科学分野)

林 亜希子(北里大学病院看護部・慢性心不全看護認定看護師)

眞茅みゆき(北里大学看護学部)

宮島 功(近森病院臨床栄養部・管理栄養士)

山科 章(東京医科大学病院健診予防医学センター)

心不全手帳(第2版)

2018年10月 第1刷

発行：一般社団法人日本心不全学会

理事長 筒井裕之

制作：株式会社協和企画