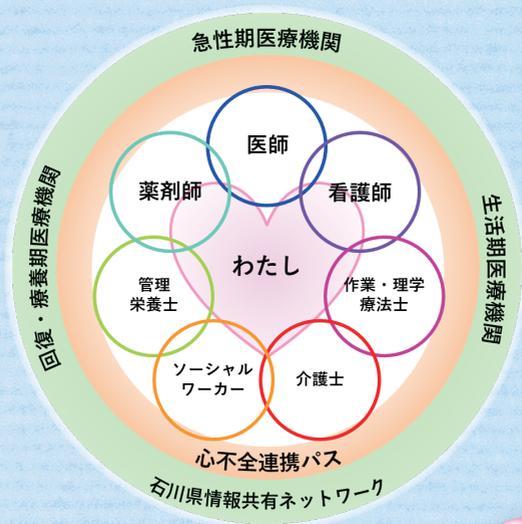


石川県 心不全地域連携パス・手帳



製作 石川県心臓病地域連携推進協議会
石川県心不全メディカルスタッフネットワーク

あなた(患者さん)とご家族の皆様へ

石川県心不全地域連携パス・手帳（パス・手帳）を使用する前に

心不全と知らされて不安になったのではないのでしょうか。確かに心不全は放っておくと怖い病気ですが（8ページ参照）、この手帳に書いてあることをお読みいただき、実践して、怖がることなくお付き合いしていきましょう。

心臓の健康を保つためには、不安をおひとりで抱え込むことなく、ご家族、そして多職種の地域医療スタッフ、行政機関などと協力して治療を継続することが大切です。

このパス・手帳は、大切な医療情報、心不全についての解説・注意点、あなた自身が日々の健康状態を記録し自己管理するページで構成されています。

これからは、心不全と上手く付き合って、あなたが、住み慣れた所で、苦痛なく自立した生活を、できるだけ長く続けることができるように、このパス・手帳を有効にお使いください。

もくじ

記入者

- あなたの情報、緊急連絡先 1 <あなた>
- 関連機関/医学情報 2 <医療機関>
- 心不全地域連携診療計画書（パス） 5 <医療機関>

心不全のおはなし ～病気について～

- 心不全とは 8
- 心不全の症状（受診のサイン） 10
- 心不全を悪化させる原因 11
- 心不全の治療 13

心不全のおはなし ～日常生活について～

- 運動 18
- 食事 20
- 生活 22
- 地域連携 26

メディカルスタッフからのアドバイス

- くすりについて 28 <医療機関>
<薬剤師>
- 運動について 31 <理学療法士>
- 食事について 32 <管理栄養士>
- 生活について 33 <看護師>

- 心不全日記～毎日の体調記録～ 36 <あなた>
<かかりつけ医>
- 心不全と診断されたら考えていきたいこと 60 <あなた>

あなたの情報

氏名	
年齢・性別	歳（男・女）
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	

緊急連絡先

① 氏名	
あなたとの関係	
住所	
電話番号	

② 氏名	
あなたとの関係	
住所	
電話番号	

*必ず連絡が取れるところをご記入ください

関連機関

急性期病院	
代表電話	
主治医	

回復期病院	
代表電話	
主治医	

療養期病院	
代表電話	
主治医	

かかりつけ医	
代表電話	
主治医	

訪問看護ステーション	
代表電話	
担当者	

ケアマネージャー 地域包括支援センター	
代表電話（連絡先）	
担当者	

石川県心不全地域連携診療計画書

患者氏名 [] 男性 ・ 女性			
生年月日 年 月 日生 [] 歳			
急性期医療機関			
入院日 年 月 日		地域連携計画説明日 年 月 日	
施設名 ()		説明者サイン ()	
主治医 :			
経過	超急性期 入院～数日	安定期 数日～約2週間	退院日 (/)
達成目標 退院転院 基準	<input type="checkbox"/> 安静を守ることができる。 <input type="checkbox"/> 呼吸が楽になる。 <input type="checkbox"/> 体重が減る。	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が改善する。 <input type="checkbox"/> 内服薬の必要性が理解できる。 <input type="checkbox"/> 生活習慣の問題点が理解できる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が入院前の状態になる。 <input type="checkbox"/> 服薬管理ができる。
治療 処置 検査	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病院食以外は食べられません。 <input type="checkbox"/> 医師の指示の下、食事内容が変更します。 <input type="checkbox"/> 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 <input type="checkbox"/> 心不全治療のための栄養指導を行います。		
リハビリ 活動	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。		
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：必要時薬の確認	必要に応じて下記指導を行います。 <input type="checkbox"/> 理学療法士：運動指導 <input type="checkbox"/> 看護師：生活指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師：薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士：栄養指導	
医療相談	今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について（就労・就学）		

転院日 年 月 日	
施設名 ()	
主治医 :	
経過	
達成目標 退院転院 基準	
治療 検査 薬剤	
食事 栄養	
リハビリ 活動 生活	
医療相談	



回復期・療養期医療機関

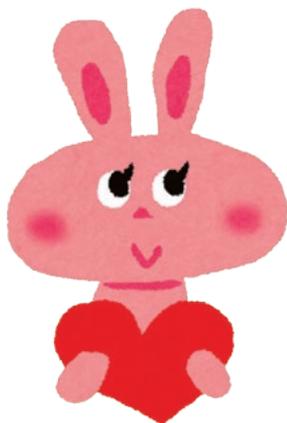
地域連携計画説明日 年 月 日	説明者サイン ()
転院基準 ・心不全に対する入院治療やリハビリテーションの継続が必要。 ・侵襲的な高度治療は必要としないが、施設や自宅での生活を行えるようにする。	
転院日～退院 入院期間：およそ1～3か月程度	退院日 (/)
自宅	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が悪化しない。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションが目標に達している。
一般・療養型 介護施設等	<input type="checkbox"/> 服薬管理ができる。 <input type="checkbox"/> 体重と水分の管理ができる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。
<input type="checkbox"/> 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 <input type="checkbox"/> 内服薬を調整しながら治療を継続します。 <input type="checkbox"/> 必要時、薬剤指導を行います。	
<input type="checkbox"/> 医師の指示の下、塩分、水分制限があります。 <input type="checkbox"/> 必要時、栄養指導を行います。	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 必要時、生活指導を行います。	
今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について（就労・就学）	

生活期医療機関

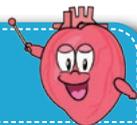
地域連携計画説明日 年 月 日	説明者サイン ()
施設名 ()	
主治医 ()	在宅基準 軽度の機能障害はあるものの、自宅での生活に支障がない。 一般療養型介護施設基準 自宅での生活は困難であるが、心不全症状はコントロールできている。
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 内服治療を継続し、食事・活動などの生活習慣に気をつけながら、再発予防ができる。 健康生活の維持・向上ができる。
治療 薬剤 検査	<ul style="list-style-type: none"> 内服治療を継続します。 体重・血圧管理を行います。 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 再発予防に取り組みます。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 塩分摂取量、水分摂取量について適切な指導を行います。
活動	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活の維持に向けて、筋力低下予防の運動指導を行います。
相談	<ul style="list-style-type: none"> 療養支援について相談を受けます。
この診療計画書を用いることで、心不全の状態に応じた、とぎれることのない安全で質の高い医療を受けることが可能となります。 	

心不全のおはなし

～病気について～



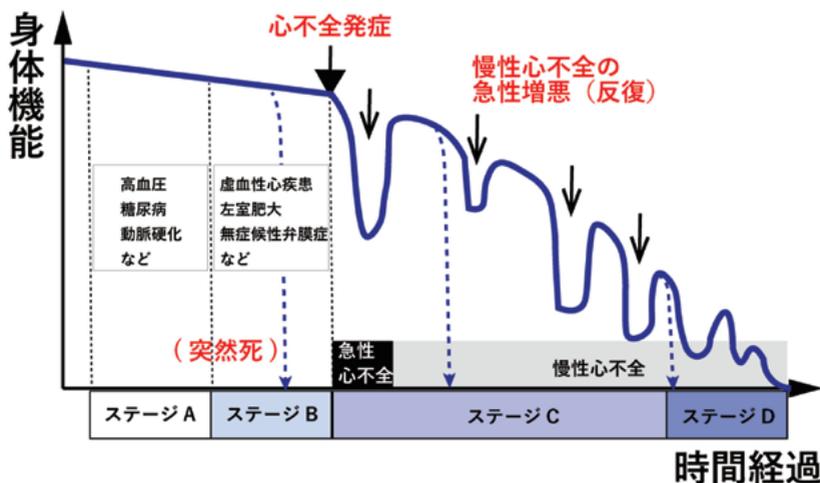
心不全とはどんな病気ですか？



心不全とは、心臓の機能がわるいために息切れやむくみが起こり、徐々に悪くなって、生命を縮める病気です。高血圧や糖尿病、肥満、動脈硬化などは、心臓の病気の大きなリスクです。はじめは症状がありませんが、やがて心筋梗塞、心筋症、弁膜症など、いろいろな心臓の病気を引き起こして症状を伴った心不全となります。

リスク因子	無症候性	軽症	中等症	重症
ステージ A	ステージ B	ステージ C		ステージ D

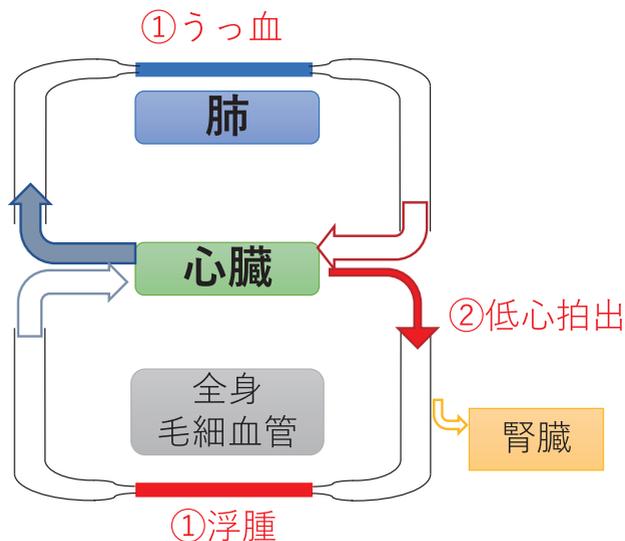
心不全は進行性の病気です



症状がよくなっても、心不全が完全に治ったわけではありません。再び悪化させないように生活習慣に気を付けて、心不全とうまく付き合っていくことが大切です。

心不全の症状とは？

心臓は、全身に血液を送るポンプの役割をしています。心不全では、心臓が送り出せない血液が肺やからだにたまる「うっ血」の症状と、全身に血液が十分に行き届かないことによる「低心拍出」の症状がでます。



①うっ血の症状

送り出せない血液が、からだにたまることによる。



- 夜間に咳が出る
- 体重が増加
- 足がむくむ
- 食欲がない

②低心拍出の症状

全身に血液が十分に行き届かないことによる。



- 血圧がさがる
- 疲れやすい
- からだがだるい
- 手足が冷たい

その他にも、おなかの張りなど、典型的でない症状がでることもあります。いつもと違う症状がある場合には、医療機関にご相談ください

こんな症状があったら、医療機関を受診しましょう！

以下の項目でも、特にその状態変化が急激な際は、救急受診を考えてください。



すぐに受診が必要な状態

- ① 安静時の息苦しさ、夜間の咳
- ② 横になると苦しいが、座ると楽になる
- ③ 血圧が低くふらふらする



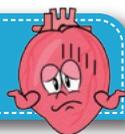
はやめの受診が必要な状態

- ① 急激な体重増加
(目安として1週間に**2kg**の増加)
- ② 足のむくみ
- ③ 動いたときの息切れ
(歩ける距離が短くなった)
- ④ 食欲がなく、身体もだるい

心不全悪化を防ぐには？

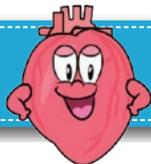
心不全を悪化させる原因はいろいろありますが、ご自身が気をつけることで、悪化を予防できることもあります。

心不全を悪化させる原因は？



- ①塩分や水分のとりすぎ
- ②お薬の飲み忘れ
- ③心臓に負担をかける活動のしすぎ
- ④通院をやめてしまう
- ⑤血圧の上昇
- ⑥喫煙、お酒の飲みすぎ
- ⑦かぜや肺炎などの感染症
- ⑧不整脈
- ⑨貧血

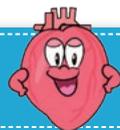
心不全の治療



- 1) お薬による治療
- 2) お薬以外による治療
- 3) 生活習慣の改善
 - ・ 食事
 - ・ 運動 など



お薬による治療



心不全に用いる主な薬とあなたのお薬について

□ 利尿薬（□ トルバプタン）

過剰な水分を体外に排泄することで、心臓の負担を和らげる効果があります。トルバプタンを服用している場合は、水分は制限せずにのどが渴いたタイミングで水分をとってください。

□ β （ベータ）遮断薬

心不全時に起こる、交感神経による心臓に対する過度の緊張状態を緩和することで、働き過ぎている心臓を適度に休ませる効果があります。

□ レニン・アンジオテンシン系抑制薬

（□ ARNI：ネプリライシン阻害薬配合剤）

心不全時のホルモンバランス異常を改善することで、血管を広げたり、心筋の線維化を抑制することで、心臓への負荷を減らし、心臓のしなやかな動きを保つ効果があります。

□ Ca拮抗薬

血管を拡張することで血圧をコントロールして、血圧による心臓への負荷を軽減します。グレープフルーツは、食べたりジュースを飲んだりしないでください。（レモン、オレンジなどは問題ありません。）

□ 抗凝固薬・抗血小板薬（□ ワルファリン）

血液をサラサラにするくすりです。血管内の血栓形成や心臓や深部静脈からの血栓性塞栓の予防に有用です。

□ 強心薬

心臓の縮む力を補助する効果があります。

□ SGLT2阻害薬

血糖を下げる作用の他、利尿作用、体重や尿酸値の低下、腎機能や貧血の改善など、様々な心不全に良い効果が認められています。

□ Ifチャネル阻害薬 （イバブラジン）

心臓の縮む力は落とさずに、心拍数だけを少なくすることで、心臓を休める効果があります。

□ 可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬 （ベルイシグアト）

心臓の中の一酸化窒素（NO）を増やすことによって、血管を拡張させたり、心筋の線維化を抑える効果があります。



お薬以外による治療方法について

あなたが
受けた治療

冠動脈疾患に対する治療



狭くなった心臓の血管（冠動脈）を、カテーテルを用いて風船で広げたり、ステント（金具）を入れて血液の流れをよくします。

カテーテルでの治療が困難な場合、バイパス手術をします。

弁膜症の治療



心臓の弁の働きが悪くなった場合、弁の形を整える手術や人工の弁に取り替える手術をします。通常は開胸の手術ですが、体力の低下した患者さんでは、カテーテルで治療します。



不整脈の治療

あなたが
受けた治療

①ペースメーカー

脈が遅くなる不整脈に対して、機械で電気刺激を送り心臓の調律を整えます。



②植込み型除細動器（ICD）

③心臓再同期療法（CRT）

心臓にタイミングよく電気刺激を与えて収縮のズレを調節し、心臓の働きを良くします。

④カテーテルアブレーション

不整脈の原因となる異常な電気興奮が出ている場所をカテーテルを用いて焼灼し、不整脈の発生を止めます。



呼吸補助の治療（CPAP / ASV）

睡眠時の呼吸を補助し心臓の負担をとります。



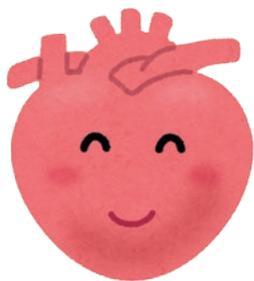
植込み型補助人工心臓・心臓移植

臓器が提供されるまで、年単位で時間がかかるため、心臓移植待機中に、補助人工心臓を取り付け弱った心臓を助けます。



心不全のおはなし

～日常生活について～



運 動

心不全と運動療法

適切な運動は、体力の向上や筋力の維持に効果的であり、心臓の負担を減らすことにもつながりますので、積極的に行うことが進められています。医師からの注意点を守り、とくに最初の1か月間は軽い運動から始めてください。

1. 運動の種類

- (1) 有酸素運動：歩行、自転車エルゴメーターなど
- (2) 筋力増強運動（※低強度）：自身の体重を利用

2. 具体的な運動の方法

- (1) 血圧・脈拍数の測定（家庭用の血圧計で測定する）
- (2) 準備体操（椅子に座って手や足の運動。深呼吸を行う）

かかと、つま先上げ



ひざ伸ばし



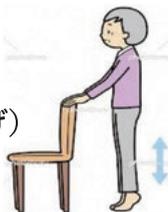
もも上げ



- (3) 有酸素運動
（歩行や自転車エルゴメーターなど）



- (4) 筋力増強運動
（ゴムバンド、スクワットや踵上げ）



- (5) 整理体操
（深呼吸、ストレッチ）



- (6) 血圧・脈拍数の測定

運動の注意点

● 運動をしてはいけないとき

- ・ 息切れが悪化しているとき。
特に、**安静にしているでも息が切れるときは受診しましょう。**
- ・ 体重の増加やむくみが増えているとき。
- ・ 動悸がするとき。
- ・ 強い疲労感やめまいがするとき。

● 注意点

- ・ 満腹や空腹を避け、食後1-2時間はあけましょう。
- ・ 水分補給は医師と相談してください。
- ・ 極端に暑いときや寒いときは控えましょう。
- ・ 気分や体調のすぐれないときは休みましょう。
- ・ やりすぎには注意してください。

● 雪かき

- ・ 雪かきは、テニスや軽いジョギング（時速約8km）と同等の非常に高い運動量が必要な動作になります。
- ・ 雪かきは、静かに座っている姿勢よりも**6-7倍**の酸素が必要となり、心臓に大きな負担となります。その為、心不全の方にはお勧めしません。



● 農作業

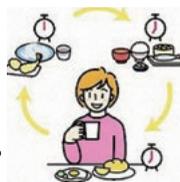
- ・ くわを使用した農作業は、階段を健康な人と同じ速さで登るくらいの運動量です。
- ・ 静かに座っている姿勢よりも**5-6倍**の酸素が必要となり、心臓に大きな負担となります。



食 事 ①

食事の食べかた

- ・ 1日3食、食べましょう。
- ・ 毎食、主食・主菜・副菜をそろえた食事を心がけましょう。



主菜

肉や魚、卵、大豆製品など、身体を作る働きをするたんぱく質を多く含みます。



副菜

野菜、海藻、きのこなど、身体の調子を整えてくれるミネラル類やビタミン類、食物繊維などを多く含みます。



主食



ご飯やパン、麺類など、身体を動かすエネルギー源になる炭水化物を多く含みます。

控えて欲しいもの (減塩の工夫)

塩分の摂り過ぎは、高血圧やむくみの原因となり、心臓に負担をかけます。

① 漬物、梅干し、干物、煮物

塩分の多い食品です。

1回の量を減らす、1日1回にするなど工夫しましょう。



② みそ汁

具を多めにすると、汁の量が減ってより減塩になります。

③ 麺類

麺そのものにも塩分が含まれています。

汁は全部飲まないようにしましょう。



④ 追加の調味料

調味料(醤油・塩・味噌など)は、追加してかけないようにしましょう。

* レモン、酢、香辛料などを用いると薄味でも美味しく食べることができます。



食 事 ②

食べて欲しいもの

① たんぱく質の多い食品（肉、魚、卵、大豆製品など）

筋肉や血液、骨の材料になります。
毎食食べるように意識しましょう。



- * また魚には、血管をしなやかに保つ成分が多く含まれています。
- * 特に、イワシ・サバ・サンマなどの青身魚がお勧めです！



② 野菜・果物・海藻類

ナトリウムを身体の外に排出して血圧を下げる働きがあります。

- * カリウムや水溶性食物繊維が多く含まれています。
- * 腎機能が低下している場合には、カリウム制限が必要となることもあるため、医師に確認してください。



食欲がないとき

- ① 食欲がないときは、食べられるもの、好きなものを食べましょう。
- ② 間食でエネルギー量を確保しましょう。
ただし、食べ過ぎには注意ください！



著しい体重減少は、筋肉や脂肪の減少が考えられます。食事の量が足りていないかもしれないので、医師や看護師、管理栄養士に相談しましょう。

生活①

心臓に優しい入浴を心がけましょう



心臓に優しい入浴方法を取り入れることで、血液の流れをよくし、心不全の症状を緩和する効果が得られます。

入浴前の準備

- ◆入浴前に脱衣所や浴室を温めておきましょう。（急激な温度差は血圧が変動し、心臓の負担となります）
- ◆空腹時や食直後、運動後の入浴は避けましょう。

入浴方法

- ◆お湯の温度は**40～41度**
- ◆湯舟に入る深さは**みぞおちあたり**まで
- ◆湯舟に入ってから出るまでの時間は**10分**くらい
- ◆食事や運動などの活動前後は入浴は控えましょう。また、入浴後は安静にして、からだを休めましょう。



*入浴は医師の指示に従ってください。

便秘を整えましょう

便秘による排便時のいきみは血圧を上げ、心臓に負担をかけてしまいます。また、利尿薬を服用していたり、水分を控えている人は便秘になりやすくなります。

1～2日に1回は排便があるようにしましょう。

便秘を予防するためには

- ◆朝食後、トイレに行く習慣をつけましょう。
- ◆食物繊維の多い野菜を摂りましょう。
- ◆適度な運動を心がけましょう。
- ◆便秘が続く場合は、医師に相談し、下剤を処方してもらいましょう。
- ◆便秘でも医師から決められた水分量は守りましょう。



生活②

禁煙をしましょう



タバコは血管を収縮させて血圧や脈拍を上げ、不整脈を引き起こす作用があります。心不全を悪くしないために、禁煙が必要です。

タバコに含まれるニコチンには依存性があります

- ◆ やめたい意思があってもやめられない場合は、禁煙外来を利用する方法があります。医療機関にご相談下さい。
- ◆ タバコの煙には有害物質が多く含まれています。周囲の人にも禁煙をすすめましょう。

節酒を心がけましょう

お酒を飲みすぎると、水分のバランスが崩れ、血圧も上がり、心臓の負担になります。お酒は適量の範囲内で、楽しむ程度に控えましょう。

お酒の適量は、アルコール20g以下です。

アルコール20gの目安は以下の通りです。

- ◆ ビール：中びん1本（500ml）
- ◆ 日本酒：1合（180ml）
- ◆ ワイン：グラス2杯（200ml）
- ◆ ウイスキー：ダブル（60ml）
- ◆ 缶チューハイ（5%）：350ml
- ◆ 梅酒（10%）：200ml



禁酒が必要な場合があります。どの程度飲んでいいかを医師に確認しましょう。

ストレスとうまく付き合きましょう

心不全は病気そのものの心配のほか、生活の変化や金銭的な負担などによりストレスを抱えやすい病気です。ストレスが溜まって心のバランスが崩れると、薬の内服や食事の管理がおろそかになってしまい、心不全の治療に影響が出ることもあります。

ストレスとうまく付き合うために

心配なことや気になることを一人で抱え込まずに、話しやすい人に相談しましょう。

生活で困ったことはありませんか？

生活の困りごとなどは、ソーシャルワーカーが手助けできることもあります。まずは医師、看護師にご相談下さい。

眠れなかったり、食欲がなかったりしていませんか？

物事に対して興味が持てない、あるいは気分がひどく沈み、憂うつになることはありませんか？これらは心の不調のサインかもしれません。医師や看護師に相談しましょう。



感染症を予防しましょう

感染が起こると、からだや心臓に負担がかかり、心不全を悪くする原因になります。しっかりと予防し、いつもと体調が異なると感じたら早めに医療機関を受診することが大切です。

予防のために

- ◆手洗いやうがいを心がけましょう。
- ◆栄養を摂り、適度に体を動かして、感染に負けないからだづくりをしましょう。
- ◆肺炎予防のために歯磨きの習慣を大切にしましょう。
- ◆インフルエンザや肺炎球菌のワクチンを接種しましょう。接種時期や保険適用などは医療機関にお問い合わせください。

発熱がある、痰や咳が増える、体がだるい、痛みがあるなどの症状があれば、早めに医療機関を受診しましょう。



地域連携

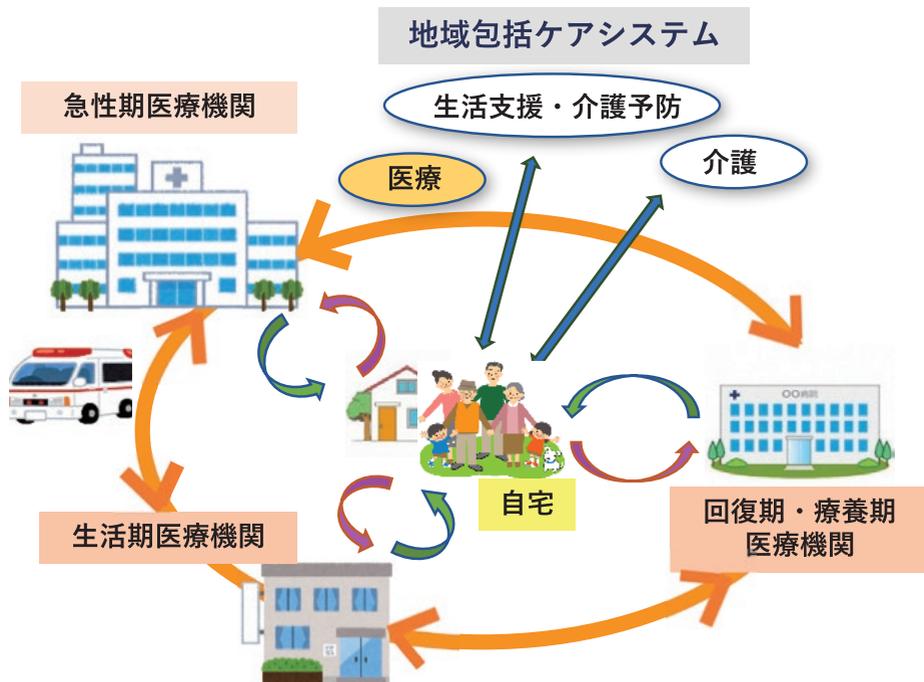


あなたの心臓は
地域の多くの人に守られます！

心不全は、治療することによって一旦症状が改善しても、目に見えない形で、月日の経過とともに身体能力が落ちていくことが知られています。

苦痛なく、自立した、心豊かな生活を出来るだけ長く続けるためには（健康寿命の延伸）、その病状に最も適した医療機関で、あなたとご家族が納得した治療や生活支援などを継続することが大切です。

地域包括ケアシステムと 病院間、病院と診療所間などの医療連携



● 急性期医療機関

緊急の救急医療、集中治療、高度医療を行います。

● 回復期・療養期医療機関

高度医療までは必要のない状態に心臓は回復していますが、入院による心不全治療やリハビリテーションを行い、自宅や施設での生活が可能になるように治療します。

● 生活期医療機関（診療所、療養型介護施設など）

心不全の安定した状態を維持するために治療を継続します。全身状態の変化にも留意して、心不全の管理、療養などを行います。

状態が悪化した際には、急性期や回復期医療機関と速やかに連携します。



- それぞれの医療機関が密に連携して、途切れることのない良質な心不全医療を提供していくことを約束します。
- 療養生活でお困りのことがありましたら、医療スタッフにご相談ください。

メディカルスタッフ からの アドバイス



くすりについて（薬剤師）

くすりは医師の指示通り、用法・用量を守って
忘れずに飲みましょう。

急性期 回復期
療養期

- 心不全はかぜなどと違い治る病気ではありません。調子がよくなっても、くすりをやめると悪くなります。自己判断で中止や変更はしないでください。
- くすりは飲み忘れや重複がないように、一包化やこの手帳の服薬チェック欄、カレンダーなど利用して記録しましょう。
- 副作用と思われるような気になる症状が出た場合は、我慢や遠慮せずに医師に知らせましょう。
- 他の医院を受診する際、心臓のお薬を飲んでいること、その内容を必ず医師に伝えましょう。
お薬手帳を活用すると便利です。

その他説明事項



急性期 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 薬剤師 (_____)

回復期・療養期 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 薬剤師 (_____)

あなたのおくすり ①

- 利尿薬 (□ トルバプタン)
()
- β (ベータ) 遮断薬
()
- レニン・アンジオテンシン系抑制薬
(□ ARNI：ネプリライシン阻害薬配合剤)
()
- Ca拮抗薬
()
- 抗凝固薬・抗血小板薬 (□ ワルファリン)
()
- 強心薬
()
- SGLT2阻害薬
()
- Ifチャネル阻害薬 (イバブラジン)
()
- 可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬 (ベルイシグアト)
()

あなたのおくすり ②

薬剤シールを貼付して下さい

運動について（理学療法士）

適度な運動の継続は、体力・筋力や血管、呼吸機能を維持、向上させ、身体全体の状態を改善させることで、心臓の負担を減らし、心不全にも良い効果を発揮します。

あなたにとっての適切な運動と運動能力

* 脈拍数 /分 程度の運動

* Peak VO₂/AT () ml/kg/分/() ml/kg/分

急性期 回復期
療養期

- 運動前後は、準備運動と整理体操を必ず行いましょう。
- 適した靴を履き、涼しい時間帯に1日 30分程度の有酸素運動を週3日以上行いましょう。
(1回につき 10分程度、2-3回にわけても効果はあります。)
- 適度な運動とは息は弾むが、会話が出来る程度の運動のことです。
- 体重が増加傾向にある時（1週間に2 kg以上の増加）は、運動を控えましょう。
- 運動中に、いつもとは異なる激しい胸痛や息苦しさを感じた時には、すぐに運動を中止し、場合によっては医療機関の受診も考えてください！

その他説明事項



急性期 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 理学療法士 (_____)

回復期・療養期 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 理学療法士 (_____)

食事について（管理栄養士）

あなたのお食事

- * 1日に必要なエネルギー（ ） kcal
- * 減塩 1日摂取塩分 6g 未満

急性期 回復期
療養期

- 1日3食食べましょう。
- 毎食、主食・主菜・副菜を揃え、バランスよく栄養を摂りましょう。
- ゆっくりよく噛んで食べるようにしましょう。
- 薄味に心がけ、佃煮や漬物・梅干・干物など塩分の多い食品は控えましょう。
- アルコールは控えましょう。
- 菓子類・果物の食べ過ぎには気をつけましょう。
- 肉料理中心よりも魚料理（特にイワシ・サバ・サンマなどの青身魚）がおすすめです。
- 野菜・果物・海藻類、大豆製品など食物繊維を積極的に摂りましょう。

その他説明事項



急性期 説明日 年 月 日

説明者 管理栄養士（ ）

回復期・療養期 説明日 年 月 日

説明者 管理栄養士（ ）

生活について（看護師）

急性期 回復期
療養期

- 毎日同じ時間に体重、血圧、脈拍を測りましょう。
- 体重が（ ） kg以上に増えたら、生活習慣を見直して、心不全の症状があれば、病院に受診しましょう。
- 水分は1日（ ） ml 以下にしてください。
（トルバプタンを内服している場合の水分制限については医師と相談してください。）
- 禁煙しましょう！
- 毎日の排便状態に注意して、便秘や便が固くなってきたら、下剤を内服しましょう。
- 風邪などの予防に手洗い・うがいを行いワクチンなど予防接種を受けましょう。

その他説明事項



急性期 説明日 年 月 日

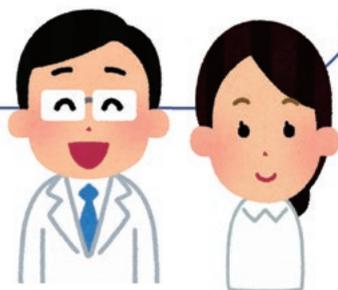
説明者 看護師 （ ）

回復期・療養期 説明日 年 月 日

説明者 看護師 （ ）

日常生活で守って欲しいこと

- ① 薬は医師の指示通りに飲みましょう。
- ② 必ず定期受診に行きましょう。
- ③ 心不全の症状（息切れ、むくみ、体のだるさなど）が出現したら、我慢せず早めに受診しましょう。
- ④ 毎日、体重・血圧・脈拍を測定して、体調も手帳に記録しましょう。
- ⑤ 心臓の状態にあった、適度な運動を継続しましょう。
- ⑦ 塩分を控えた栄養バランスの良い食事を心がけましょう。



心不全日記

～毎日の体調記録～



年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

年 月

退院時体重 () k g

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍				自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前		息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
1		/		/							
2		/		/							
3		/		/							
4		/		/							
5		/		/							
6		/		/							
7		/		/							
8		/		/							
9		/		/							
10		/		/							
11		/		/							
12		/		/							
13		/		/							
14		/		/							
15		/		/							
16		/		/							
17		/		/							
18		/		/							

年 月

日付 (日)	体重 (kg)	血圧・脈拍			自覚症状(有症状時チェック)			内服		
		朝		寝る前	息切れ	むくみ	他	朝	昼	夕
19		/		/						
20		/		/						
21		/		/						
22		/		/						
23		/		/						
24		/		/						
25		/		/						
26		/		/						
27		/		/						
28		/		/						
29		/		/						
30		/		/						
31		/		/						

医師記入欄 診察日	全身状態	内服変更	コメント
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	
月 日	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 悪化	無・有	

心不全と診断されたら考えていきたいこと

病気との付き合い方

心不全とうまく付き合うために、まずは、心不全を知り、あなたの現在の状態を把握しましょう。そのために、「心不全日記」をつけて、早めに体調の変化に気づき、受診することを意識することが大切です。

あなたが病気を理解し、医療スタッフや周囲の方々と心不全の治療に取り組むことによって、悪くなるスピードを遅らせることができます。

そしてご家族やかかりつけ医師、地域のサポートなど、状況に応じて様々な方々と協力して治療していくことが大切です。



心不全が悪くなって しまったときに備える



心不全は、医療の進歩で様々な治療法が出てきていますが、なかには身体や経済的、精神的な負担がかかる治療もあります。

そのため、あなた自身が何を大切にし、どのように過ごしていきたいかを考え、ご家族や医療スタッフと共有していくことは、先々の治療をすすめる上でとても重要になります。

人生会議とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族などや医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のことです。病気が悪くなってしまったときや万が一のときに備えて、日頃からご家族や、医療スタッフとあなたの今後の治療や療養場所に関して話しあっておきましょう。

痛いことや苦しい
気持ちは絶対に
いやだ。

一日でも長く生きられる
ような治療をしたい。

家族や友人との
時間が大切。家
での時間を大切
にしたい。

調子が悪いときには、
病院にいるのが一番
安心できる。



大切な人に伝えたい
ことを伝える時間が
欲しい

考えてみましょう

記入日： 年 月 日

あなたの思いを整理するのにお役立てください。
書きたいと思ったときに好きなところだけ書いてみて
ください。漠然とした形でも結構です。
医療者や家族とあなたの思いを共有しましょう。



生活の中で、大切にしていることは何ですか？
例：家族、仕事、長生きする、一人の時間、
食べること、好きに生きていくこと etc

大切にしていることが（ある ・ ない）



大事にしていること（思いつくだけ書いてください）



生活の中での目標、希望があれば教えてください。
例）旅行に行きたい、入院せずに元気に生きたい
子供や孫が成人するまで生きていたい

目標や希望が（ある ・ ない）



具体的目標や希望：



「こんな状況や想いは嫌だな」という具体的状況は思い浮かびますか？

例) 家族に迷惑をかけてまで生きたくない
制限を受けて生きたくない
延命治療は受けたくない

こんな状況はいやだなという状況が
(思い浮かぶ ・ 思い浮かばない)



具体的な状況は・・・



自分の最期の時に関して考えたことがありますか？

最期の時について考えたことが (ある・ない)



考えたことがある場合、「こうだったらいいな」という、あなたの希望、そして理由を教えてください

例) 家で最期を迎えたい、病院で最期を迎えたい、辛くないようにしてほしい

希望：

理由：





このようなことを家族で話し合ったことがありますか？

(あります・ありません・
話すタイミングがない・
あまり話し合いたくない)



あなたにとって大事なことを話す相手は誰ですか？



今後のあなた自身の将来について話し合ったことをよろしければ教えてください。



MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.

MEMO

A series of 20 horizontal dashed lines for writing.



石川県健康福祉部は、本事業を支援しています。