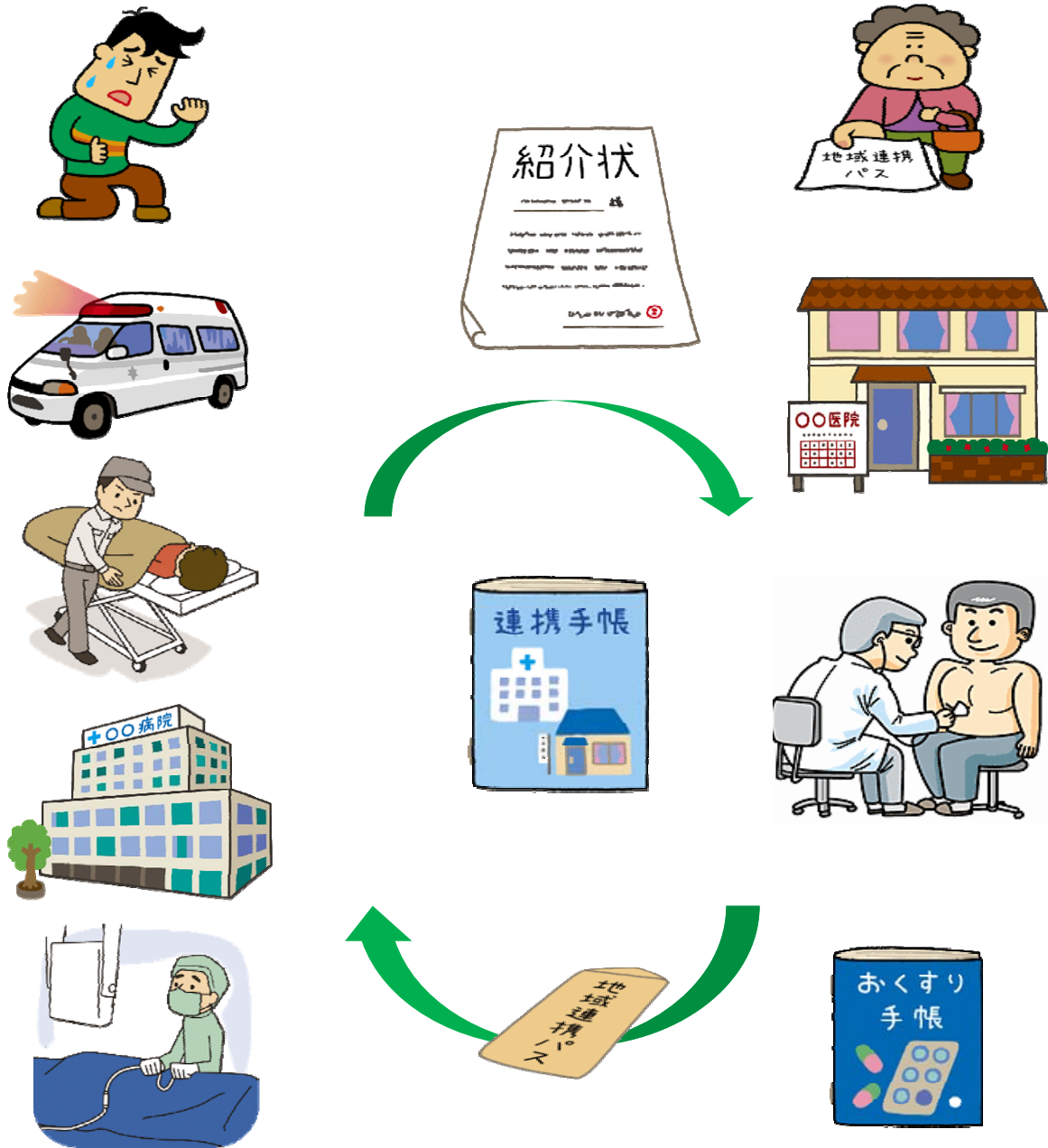


# 高岡医療圏地域連携ネットワーク 急性心筋梗塞地域連携パス



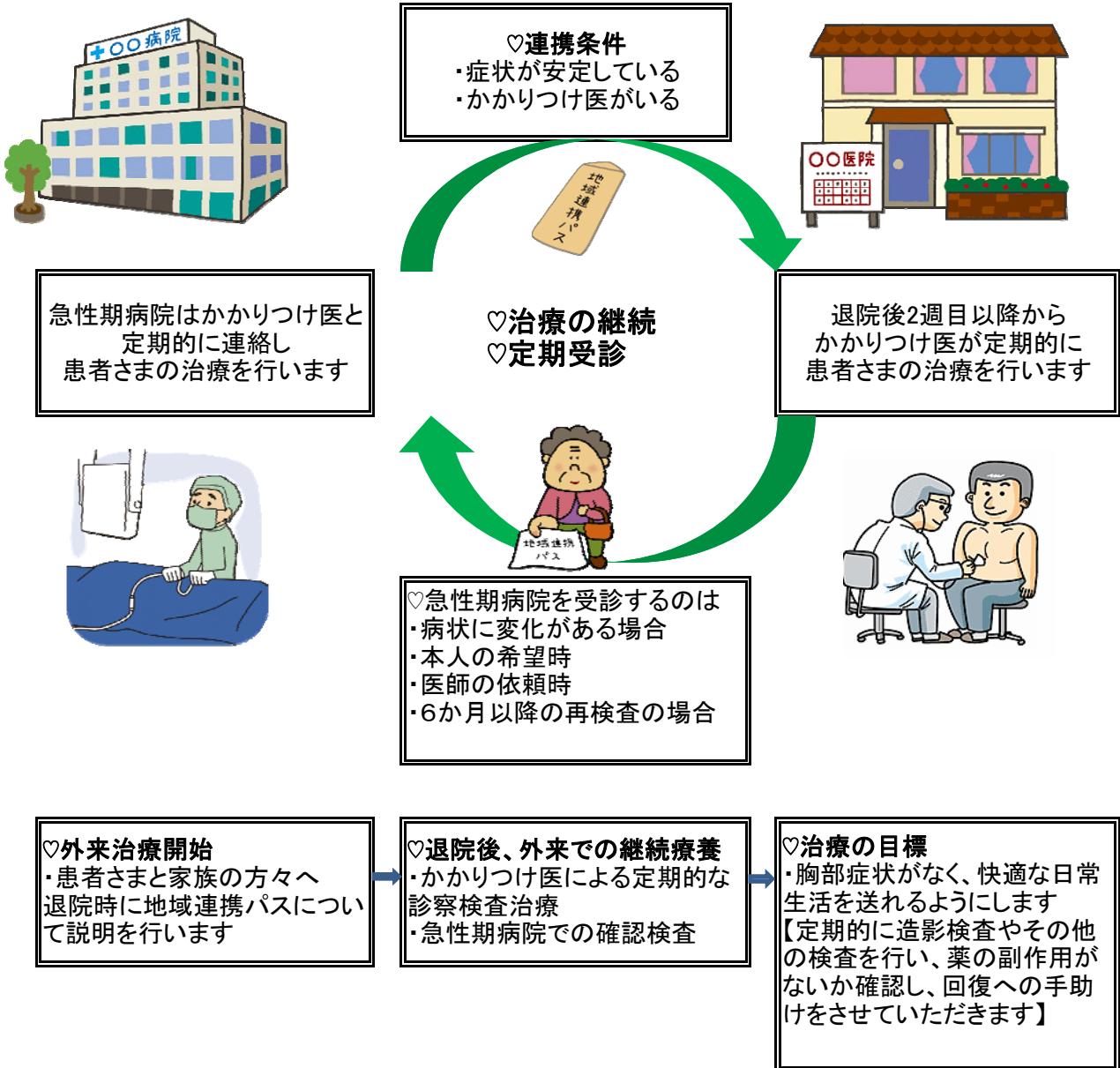
病院

連携医

# 高岡医療圏地域連携ネットワーク

## 急性心筋梗塞地域連携パス

これは、かかりつけ医( )と( )病院の連携により、退院後、急性期からの一貫した治療をかかりつけ医と病院の間で継続して受けて頂くための診療計画表です。  
病气(心臓病)から身を守るために定期的に通院し、素敵な毎日を送りましょう



ひらがな	
氏名	

病院	かかりつけ医
担当医	担当医

# 高岡医療圏急性心筋梗塞地域連携パス

かかりつけ医		入院医療機関	
医院・クリニック 病院		病院	
先生		担当医	
氏名		性別：男・女 生年月日：M・T・S 年 月 日（ 歳）	
住所		電話	
病名 急性心筋梗塞、			
入院日 (発症日)	平成 ( )	年 年	月 日 月 日
退院日	平成	年	月 日
退院後かかりつけ医 初回受診日	年	月	日
入院機関 再診日	(	年 月 頃 ヵ月後、再診日	月 日)
心筋梗塞 治療所見	責任病変： <input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 ： <input type="checkbox"/> 左回旋枝 残存狭窄： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ： <input type="checkbox"/> バルーン治療のみ(POBA) ： <input type="checkbox"/> 通常型ステント(BMS) ： <input type="checkbox"/> 薬剤溶出性ステント(DES)		
	所見： <div style="text-align: right;">  </div>		
冠危険 因子	高血圧： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      糖尿病： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      肥満： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 脂質異常： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      喫煙： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
入院経過			
投与薬剤			

## 適用基準

・冠インターベンションを施行し術後合併症を認めない急性心筋梗塞患者

## 逸脱基準

・虚血症状(胸痛)の出現    ・薬物の副作用の出現    ・完全に服薬を中止した場合

## パスの終了基準

・カテーテルなどの検査後も胸部症状がなく安定している

## 管理目標値

	血圧	130/80 mmHg 未満
	BMI	25 未満
血清脂質	中性脂肪	150 mg/dL 未満
	LDL	100 mg/dL 未満
	HDL	40 mg/dL 以上
糖代謝	HbA1c	6.5 % 未満

## 薬剤の副作用判定基準(参考値)

肝臓機能	GOT	100 IU/L 以上
	GPT	100 IU/L 以上
	γ-GTP	150 IU/L 以上
血液一般	白血球	3000 /μl 未満
	血小板	15万 /μl 未満

- 採血は必要時適宜に行います  
(パナルジンを投与している時は、投与2カ月までは2週間ごとに採血が必要です)
- 採血・生理検査を実施した際は、必ず(□)内に実施の(レ)チェックを記入してください
- 高血圧: 日本高血圧学会、高血圧治療ガイドライン2009年に準ずる
- 脂質異常: 日本動脈硬化学会、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年に準ずる
- 心電図: できれば月1回確認してください
- 運動習慣とは週3回、20分以上の散歩や運動を言います

# 高岡医療圏心筋梗塞地域連携パス

氏名

**\* 退院**      ヵ月後(      月      日 )、精密検査のために病院へお越してください

日付	退院時(    /    )	退院後(    /    )	(    /    )	(    /    )	
経過日数		2週後	4週後	6週後	
<b>達成目標</b>	1. 胸部症状がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない				
<b>検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認</b>	血算・生化学	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	白血球 (3000以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板 (15万以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	GOT (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	GPT (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	γ-GTP (150 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	LDL (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	HDL (40 以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	TG (150 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
HbA1c (6.5 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
<b>抗血小板剤</b>	①アスピリン	<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
	②プラビックス or ③パナルジン	<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
	* ①は永続的に内服し、②or③は薬剤溶出性ステントでは最低1年間の内服が必要です				
<b>生理検査</b>	1. 心電図 (12誘導)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	2	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
<b>測定項目</b>	体重 (BMI 25未満)	kg	kg	kg	kg
	血圧 (130/80未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍数	/分	/分	/分	/分
<b>日常生活チェック項目</b>	服薬が守られている	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	禁煙している	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	運動をしている 3回/週、20分以上の 散歩や運動	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	胸痛	<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 <input type="checkbox"/> 有
	息切れ	<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 <input type="checkbox"/> 有
	どうき	<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 <input type="checkbox"/> 有
	足のむくみ	<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 <input type="checkbox"/> 有
<b>自由記録 (連絡欄)</b>					
<b>記録者サイン</b>					

# 高岡医療圏心筋梗塞地域連携パス

氏名

**\* 退院**      ヵ月後(      月      日 )、精密検査のために病院へお越しください

日付	(    /    )	(    /    )	(    /    )	(    /    )	
経過日数	8週後	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	
<b>達成目標</b>	1. 胸部症状がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない				
<b>検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認</b>	血算・生化学	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	白血球 (3000以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板 (15万以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	GOT (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	GPT (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	γ-GTP (150 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	LDL (100 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	HDL (40 以上)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	TG (150 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	HbA1c (6.5 未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
<b>抗血小板剤</b>	①アスピリン	<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
	②プラビックス or ③パナルジン	<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
	* ①は永続的に内服し、②or③は薬剤溶出性ステントでは最低1年間の内服が必要です				
<b>生理検査</b>	1. 心電図 (12誘導)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	2	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
<b>測定項目</b>	体重 (BMI 25未満)	kg	kg	kg	kg
	血圧 (130/80未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍数	/分	/分	/分	/分
<b>日常生活チェック項目</b>	服薬が守られている	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	禁煙している	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	運動をしている 3回/週、20分以上の 散歩や運動	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	胸痛	<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 <input type="checkbox"/> 有
	息切れ	<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 <input type="checkbox"/> 有
	どうき	<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 <input type="checkbox"/> 有
	足のむくみ	<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 <input type="checkbox"/> 有
<b>自由記録 (連絡欄)</b>					
<b>記録者サイン</b>					

## 高岡医療圏心筋梗塞地域連携パス

氏名

\* 退院 月 月 日 )、精密検査のために病院へお越しください

日付	( / )	( / )	( / )	( / )	
経過日数	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	
達成目標	1. 胸部症状がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない				
検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認	血算・生化学	□実施	□実施	□実施	□実施
	白血球 (3000以上)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	血小板 (15万以上)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	GOT (100 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	GPT (100 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	γ-GTP (150 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	LDL (100 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	HDL (40 以上)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
	TG (150 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常
HbA1c (6.5 未満)	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	□正常 □異常	
抗血小板剤	①アスピリン	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	②プラビックス or ③パナルジン	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
* ①は永続的に内服し、②or③は薬剤溶出性ステントでは最低1年間の内服が必要です					
生理検査	1. 心電図 (12誘導)	□実施	□実施	□実施	□実施
	2	□実施	□実施	□実施	□実施
測定項目	体重 (BMI 25未満)	kg	kg	kg	kg
	血圧 (130/80未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍数	/分	/分	/分	/分
日常生活チェック項目	服薬が守られている	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない
	禁煙している	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない
	運動をしている 3回/週、20分以上の散歩や運動	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない	□いる □いない
	胸痛	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	息切れ	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	どうき	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	足のむくみ	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
自由記録 (連絡欄)					
記録者サイン					