**長崎急性心筋梗塞二次予防パス　カテーテル治療施行日：　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **男**  **女** | **年　 月　 日生**  **発症時年齢（　 　）歳** | **急性期病院　　　　　　　　　　　ID（　　　　　　　　　）** |
|  | **かかりつけ医：** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **退院時** | **退院後1ヶ月** | **退院後3ヶ月** | **退院後6ヶ月** | **退院後9ヶ月** |
| **診察日** | **年　　　月　　　日** | **月　　　日** | **月　　　日** | **月　　　日** | **月　　　日** |
| **記載施設** | 急性期病院 | □急性期病院  □かかりつけ医 | □急性期病院  □かかりつけ医 | □急性期病院  □かかりつけ医 | □急性期病院  □かかりつけ医 |
| **症状** | □無　　□有（退院前） | □無　　□有 | □無　　□有 | □無　　□有 | □無　　□有 |
| **喫煙** | □無　　□有（入院前） | □無　　□有 | □無　　□有 | □無　　□有 | □無　　□有 |
| **血圧管理** | /　　　　mmHg（退院前） | □問題なし  □問題あり | □問題なし  □問題あり | □問題なし  □問題あり | □問題なし  □問題あり |
| **LDL-C** | 入院時 mg/dl 　退院時 mg/dl | mg/dl | mg/dl | mg/dl | mg/dl |
| **HbA1c** | 入院時　　　　　　 % | % | % | % | % |
| **抗血栓薬** | **かかりつけ医の先生へ）抗血小板薬連絡票を参照し減量後、チェックをお願いします→　□減量しました** | | | | |
| **備考欄** |  | | | | |

※1　管理目標：　血圧 130/80mmHg未満、LDL-C 70mg/dl未満、HbA1c 7.0%未満（糖尿病患者のみ記載）

※2　投薬内容の変更などがあれば、備考欄へご記載ください