

# 禁煙について



## 禁煙

禁煙治療を活用するなどして、上手に禁煙しましょう！

- ・喫煙によって、心疾患の危険性が高まります。  
たばこには血管を収縮させる作用、血圧や脈拍を上げる作用、不整脈を誘発する作用などがあります。
- ・たばこ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。  
健康保険が適用できる場合もありますので、医療機関にご相談ください。

※加熱式たばこにも、紙巻きたばこと似たような心血管毒性があることが示唆されています。

## 受動喫煙防止

他人のたばこの煙にも注意しましょう！

- ・受動喫煙によっても、心疾患の危険性が高まります。  
患者さんがたばこを吸っていなくてもご家族など周囲の人がたばこを吸っていると、患者さんもたばこの悪影響を受けることとなります。
- ・喫煙可能な施設の利用は控えましょう。
- ・周囲の喫煙している人には禁煙を勧めましょう。

## その他生活で気を付けたいこと

### 便通を整えましょう

いきむ時間が長いと血圧が上がり、心臓に負担をかけます。水分を控えている人は便秘にもなりやすくなるため、便通を整えましょう。

#### 便秘を防ぐには…

- ・ 毎日決まった時間にトイレにいきましょう
- ・ 食物繊維の多い野菜をとりましょう
- ・ 医師に相談し、下剤を処方してもらいましょう

### 感染症を予防しましょう

心不全のある人が風邪などの感染症になると、重症になりやすいだけでなく、心不全が悪化することがあるため、感染症を予防することは非常に重要です。

#### 感染を予防するためには次のことに気をつけてください。

- ・ 手洗いやうがいを心がける
- ・ 人混みの中に入るときはマスクを着用する
- ・ 予防接種を受ける（インフルエンザウイルスワクチンや肺炎球菌ワクチン、新型コロナウイルスワクチン等）

特にワクチンを接種することにより、万が一感染してしまっても重症化を防ぐ効果がありますので、未接種の方はかかりつけ医に相談してください。

## 心臓に優しい入浴をしましょう

### 入浴前には…

- ・入浴前には脱衣所や浴室を温めておきましょう
- ・空腹時または食事の直後、運動後すぐの入浴は避けましょう

### 入浴中には…

- ・お湯の温度は40℃から41℃
- ・水圧で心臓に負担がかかるので、湯船に入るときはみぞおちまでにしましょう
- ・湯船に入ってから出るまでの時間は10分くらいにしましょう



## ストレスとうまく付き合いましょう

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。

### ストレスと上手く付き合うために

- ・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。
- ・規則正しい生活をして十分な睡眠や休息をとりましょう（眠れないことが続く場合は、医師や看護師に相談しましょう）。
- ・毎日、体重や血圧等を記録しましょう。体重や血圧の変化は、心不全が悪化している微候を発見するために非常に重要です。
- ・測定した値はP40以降のセルフチェックシートに記録し、定期受診の際に医師に見せましょう。



## あなたが望むことについて 大切な人と話してみませんか

心疾患の有無に関わらず誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えることができなくなるといわれています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを、自分自身で前もって考えて、周囲の信頼する人と繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

命の危険が迫っていない時から、節目、節目で自分が考えていることや望んでいることを信頼できる人と話し合ってみてはいかがでしょうか。

人生会議について詳しく知りたい方は、  
以下のホームページも参考にしてください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)



# あなたの心不全のリスクとなっていた行動を振り返ってみましょう

(入院前の生活について)

## 原因となりやすい生活習慣に関する振り返り

普段の生活の中で健康のために実施していたことはありますか	①食事量をコントロールする ②運動をする ③毎日体重を計る ④血圧を計る ⑤していない
お酒の量は適量でしたか 頻度と飲酒量を確認しましょう (アルコール量20gの目安 ビール中びん1本(500ml)、 日本酒1合(180ml)、 ワイングラス2杯(210ml)、 チューハイ(ロング缶1本)(500ml))	お酒を飲む頻度 ①毎日②時々 ③ほとんど飲まない 一日当たりの飲酒量 (アルコール量) ①20g未満②20g~40g未満 ③40g~60g未満 ④60g以上
タバコを習慣的に吸って いましたか	①吸っている ②吸っていない
心不全になった原因として自分で自覚している病気や症状はありますか	自由記載

- 今後、生活であなたが気を付けようと思うことを具体的に書いてみましょう。

血圧管理について	自由記載
食事について	自由記載
タバコについて	自由記載
飲酒について	自由記載
運動について	自由記載

こんな症状がある  
場合は要注意

# 心疾患の

救急車を呼

以下の症状が出現した際には、



1

横になると息苦しい。  
座っている方が呼吸が  
楽になる。

2

胸や背中に  
強い痛みがある。





# 症状が悪化した時の対応

ぶべき状態

**危険**

ただちに救急車を要請してください。

3

冷や汗が出る。  
意識が朦朧とする。



4

胸がドキドキして、  
気を失いそうになる。



こんな症状がある  
場合は要注意

# 心疾患の

早めに医療機関の

心疾患が悪化して症状がどんどん悪くなること  
もし、以下の症状が出現した際には、



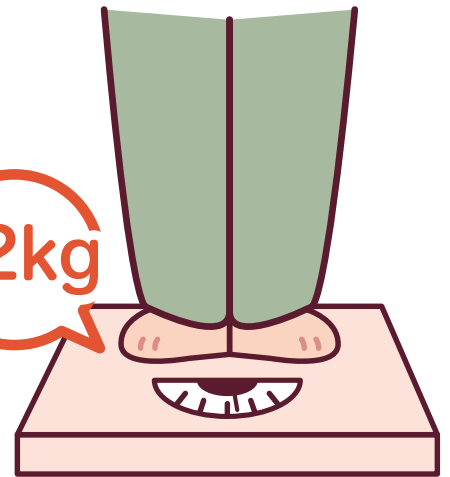
①

むくみ

②

体重の急激な増加  
(食べ過ぎてもないのに  
数日で2kg以上の増加)

+2kg



むくみ  
の見方

- ・足のすねを指で10秒押し、その部分を指でなぞります。
- ・へこんでいたらむくみがあります。
- ・その他以下の症状もむくみです。  
靴下の痕が強く残る / 靴がきつくなる / 足首が太くなる

# 症状が悪化した時の対応

受診が必要な状態

**注意**

が無いように、本手帳で病状の管理をしましょう。  
早めに医療機関を受診しましょう。

3

息苦しい



4

動悸を繰り返す

病院に行くか迷ったら救急安心電話相談もあります

県内のプッシュ回線・  
携帯電話からは

**#7009**

お気軽にご相談ください

平日・土曜日 18:00～翌朝 6:00

日曜日・祝日 年末年始・GW 9:00～翌朝 6:00

【利用上の注意】

救急安心電話相談は、相談者の参考としていただく  
ものであり、医療行為ではありません。

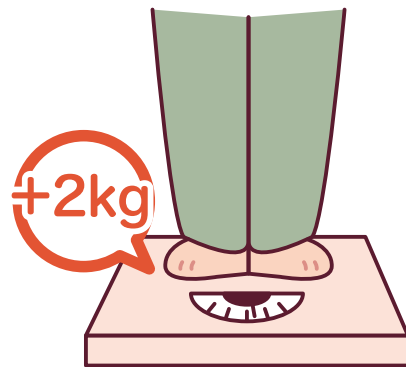
## セルフチェックシートの記入例

2023年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		1/26	1/27	1/28	/	/	/	/
体 重		64.5	65.3	67.0				
血 圧	朝	135/76	132/75	140/82	/	/	/	/
	夜	128/73	125/73	152/90	/	/	/	/
脈 拍	朝	70	69	90				
	夜	75	71	95				
自覚症状	息切れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
	夜	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## セルフチェックのポイント

### 体重

- ・ 体重が数日で2 kgほど増加していないか。  
朝食前等、食事の影響を受けない決まった時間に測定することが重要です。



### 血圧

- ・ 血圧が高くないか。  
血圧は、朝（起床時）と夜、毎日測定することが重要です。



### 自覚症状

- ・ 足などのむくみに変化はないか。  
息切れをしやすい、眠れないといった症状はあるか。



### 服薬

- ・ 処方された薬を指示通りに飲めているか。



		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息 切 れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	む く み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲 れ や す さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食 欲 低 下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息 切 れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	む く み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲 れ や す さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食 欲 低 下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息 切 れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	む く み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲 れ や す さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食 欲 低 下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

		日	月	火	水	木	金
月 / 日		/	/	/	/	/	/
体 重							
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/
脈 拍	朝						
	夜						
自覚症状	息 切 れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	む く み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲 れ や す さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食 欲 低 下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不 眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服 薬	朝	<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"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

# 参考文献

心不全手帳「連携手帳」（発行 一般社団法人日本心不全学会）

心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート

循環器病予防エビデンスブック

脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画

国民生活基礎調査（厚生労働省）

急性・慢性心不全診療ガイドライン

脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方  
について

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガ  
イドライン