

別紙 2. 腎デナベーション治療フォローアップチェックリスト

術後 □3 ヶ月 ・ □6 ヶ月 ・ □12 ヶ月 ・ □24 ヶ月 ・ □36 ヶ月

施設名：_____

施設患者 ID：_____

PMS 登録番号：_____

患者生年月：_____年____月 性別： 男性・女性

フォローアップ時に確認すべき事項		はい	いいえ
1)生活習慣修正状況	✓ 減塩を含む食事管理、適切な運動、適正体重の維持、節酒、禁煙、良質な睡眠、ストレス管理など、生活習慣の修正に継続的に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)服薬アドヒアランス関連状況(いずれか)	① 服薬アドヒアランスは良好(残薬や服薬忘れはない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 服薬アドヒアランスが不良と判断されれば、患者とのパートナーシップを築けているか注意して、処方工夫(下記)など原因に応じて高血圧管理・治療ガイドラインに沿った対応をする ◇ 降圧薬について力価の強い1剤か配合剤への変更 ◇ 服用薬の種類は5-6剤未満が目安 ◇ 内服薬の一包化、服用法の単純化 ◇ 患者の生活に合わせた服薬スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)降圧薬の適切な処方	✓ 薬の増量、または現在の処方とは異なる作用機序の降圧薬の追加の可能性を検討する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	✓ 降圧利尿薬が処方されていない場合、理由を確認の上、処方を検討する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)正しい血圧測定	✓ ガイドラインで推奨された測定条件で血圧測定を実施しているかを確認する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)二次性高血圧の除外	✓ 薬剤誘発性高血圧の原因として、グリチルリチン酸、非ステロイド性抗炎症薬、健康食品等について問診する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記載_____年____月____日

登録施設高血圧専門医署名_____

有害事象：□なし □あり（具体的に_____）

評価：□問題なし ・ □改善点/問題点あり

コメント：

最終確認_____年____月____日

日本腎デナベーション協議会高血圧専門医署名_____

評価：□問題なし ・ □改善点/問題点あり

コメント：