

心不全紹介基準（県南心不全スコア）

下記の基準でスコアが4点以上に合致する場合は、心不全マニュアルの様式2にご記載いただき、当院地域連携室までFAX（0224-51-5506）をお願い致します。

夜間・休日については、従来通りご連絡をお願い致します。

症状・徴候・所見	スコア	合計スコア別の対応
<input type="checkbox"/> 安静時の呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 起坐呼吸状態 <input type="checkbox"/> SpO ₂ 低下（呼吸不全）	右記対応へ	当院へ連絡後、 当日救急搬送
<input type="checkbox"/> 喘鳴がある	3点	5点以上 当日か翌日の 外来予約取得 （救急当番へ連絡）
<input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 目標体重を2kg以上超過	2点 ※両方該当でも2点	
<input type="checkbox"/> 体動時の息切れ	2点	4点 1週間以内の 担当医外来の 受診予約取得 （場合によって新患 外来の予約）
<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 食欲不振	1点 ※両方該当でも1点	3点 水分や塩分量の確認、 利尿剤追加の検討
		1～2点 スコアが上昇しない か慎重に経過観察