

## 心不全自己管理インデックス

回答は個人が特定できるような形で公開されることはありません

ここ1ヵ月、あるいは最後にこれらの質問に答えてからの、あなたの体調について考えてみてください

### セクション A:

下記は心不全患者さんに通常行われる指導項目です。どの程度実行していますか？

	全くしていない/まれにしている	時々している	だいたいしている	いつも/毎日している
1. 体重測定	1	2	3	4
2. 足首の腫れ（むくみ）の確認	1	2	3	4
3. 病気にならないよう努めていますか？(例. インフルエンザ予防接種、病気の人に近づかないなど)	1	2	3	4
4. 何か日常で体を動かす作業（例. 家事、園芸など）をしていますか？	1	2	3	4
5. 医師あるいは看護師との診察や面会の約束を守っていますか？	1	2	3	4
6. 塩分制限していますか？	1	2	3	4
7. 日に30分は身体を鍛えるための運動をしていますか？	1	2	3	4
8. きちんと薬を飲んでいますか？	1	2	3	4
9. 外で食事をする時に塩分控えめのメニューをお願いしていますか？	1	2	3	4
10. 薬の飲み忘れをしない工夫をしていますか？	1	2	3	4

## セクション B:

多くの患者さんに心不全の症状が見られます。息苦しさや足首の腫れ（むくみ）は一般的な心不全の症状です。

過去 1 ヶ月間に息苦しさあるいは足首の腫れ（むくみ）は見られましたか？どちらかにひとつ○をつけてください。

0) いいえ

1) はい

11.もし息苦しさあるいは足首の腫れ（むくみ）が過去1ヵ月間に見られた場合...  
 (どれかひとつに○をつけてください)

	それらの症 状はなかつ た	症状に気づか なかった	すぐには気 づかなかつ た	まあまあ早 く気づいた	早く気づい た	非常に早く 気づいた
どのくらいすぐにそれが心 不全の症状だとわかりまし たか?	該当な し	0	1	2	3	4

下記は心不全患者さんが行う症状の改善方法です。もし息苦しさあるいは足首の腫れ  
 が見られた場合、あなたはどのくらいこれらの方法を行うと思いますか?

(どれかひとつに○をつけてください)

	ほとんど行わ ない	行うかもしれ ない	行うと思う	きつと行う
12.食事の塩分を減らす	1	2	3	4
13.水分摂取を控える	1	2	3	4
14.利尿薬（お小水を出す薬）を飲 む	1	2	3	4
15.医師または看護師に問い合わせ る	1	2	3	4

16.前回あなたが息苦しさや足首の腫れを自覚したときに行った心不全の改善方法  
 について考えてみてください

(どれかひとつに○をつけてください)

	何もしなかつ た	全く信じて いなかった	まあまあ信じ ていた	信じていた	強く信じてい た
どのくらいその方法が役 に立つと信じていました か?	0	1	2	3	4

## セクション C:

通常、以下についてどのくらいできる自信がありますか？:

	自信がない	いくぶん自信 がある	とても自信が ある	極めて強い自 信がある
17. <u>心不全の症状が出るのを予防する</u>	1	2	3	4
18. <u>これまでの治療のアドバイスに従う</u>	1	2	3	4
19. <u>自分の症状の重要度を評価する</u>	1	2	3	4
20. <u>健康に変化が起こったら気が付く</u>	1	2	3	4
21. <u>症状を和らげる何かを行う</u>	1	2	3	4
22. <u>治療が上手くいっていることを評価する</u>	1	2	3	4