

＜抗血栓薬服用確認依頼票＞

ふりがな

患者氏名

生年月日 年 月 日

- 生検をご希望の際はワルファリンカリウムの服用を確認し、服用時は、**PT-INR3.0未満**を確認していただくようお願いいたします。
- “生検当日服用中止薬一覧”をご確認いただき、該当薬に☑をして、検査当日朝分は中止していただきますようお願い申し上げます。（内服を継続されていた場合、生検できない場合があります）
それ以外の抗血栓薬は、中止する必要はありません。
- 抗血栓薬一覧表の薬剤を服用している場合は該当薬に☑をしていただきますようお願い申し上げます。

生検当日服用中止薬一覧

	商品名(先発)	一般名
<input type="checkbox"/>	イグザレルト	リバーロキサバン
<input type="checkbox"/>	エリキュース	アピキサバン
<input type="checkbox"/>	プラザキサ	ダビガトラン
<input type="checkbox"/>	リクシアナ	エドキサバン

抗血栓薬一覧表

	商品名(先発)	一般名
<input type="checkbox"/>	バファリンA81 バイアスピリン	アスピリン
<input type="checkbox"/>	アンプラーグ	サルボグレラート
<input type="checkbox"/>	エパデールS	イコサペント酸エチル
<input type="checkbox"/>	オパルモン プロレナール	リマフ [®] ロスタアルファデ [®] クス
<input type="checkbox"/>	パナルジン	チクロピジン
<input type="checkbox"/>	プラビックス	クロピドグレル
<input type="checkbox"/>	プレタール	シロスタゾール
<input type="checkbox"/>	コメリアン	ジラゼプ塩酸塩
<input type="checkbox"/>	プロサイリン・ベラサス ドルナー・ケアロード	ベラプロストナトリウム
<input type="checkbox"/>	ペルサンチン	ジピリダモール
<input type="checkbox"/>	ロコルナール	トラピジル
<input type="checkbox"/>	ワーファリン	ワルファリンカリウム
<input type="checkbox"/>	エフィエント	プラスグレル塩酸塩

検査日: 年 月 日

年 月 日

医院

クリニック

病院 医師名: _____

お問い合わせ先

(公財) 東京都保健医療公社多摩南部地域病院
 患者支援センター地域連携部門：平日 9時～16時
 FAX：042(339)6112
 電話：042(338)5111