

ふりがな

患者氏名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

# <抗血栓薬等中止指示依頼票> 抗血栓薬等一覧表（内視鏡・生検等）

商品名（先発）	一般名	休業日数	商品名（先発）	一般名	休業日数
<input type="checkbox"/> パファリンA81 バイアスピリン	アスピリン	3日前	<input type="checkbox"/> プロサイリン	ベラプロストナト リウム	1日前
<input type="checkbox"/> アンプラーグ	サルポグレラート	1日前	<input type="checkbox"/> ペルサンチン	ジピリダモール	1日前
<input type="checkbox"/> エパデールS	イコサペント酸 エチル	1日前	<input type="checkbox"/> ロコルナール	トラピジル	1日前
<input type="checkbox"/> オパルモン	リマプロストアルファデクス	1日前	<input type="checkbox"/> ロトリガ	オメガ-3脂肪酸エチル	1日前
<input type="checkbox"/> ケタス	イブジラスト	1日前	<input type="checkbox"/> ワーファリン	ワルファリンカリ ウム	3日前
<input type="checkbox"/> サアミオン	ニセルゴリン	2日前	<input type="checkbox"/> プラザキサ	ダビガトラン	1日前
<input type="checkbox"/> セロクラーレ	イエンプロザル酒石酸塩	1日前	<input type="checkbox"/> リクシアナ	エドキサバン	1日前
<input type="checkbox"/> パナルジン	チクロピジン	5日前	<input type="checkbox"/> イグザレルト	リバーロキサバン	1日前
<input type="checkbox"/> プラビックス	クロピドグレル	5日前	<input type="checkbox"/> エリキユース	アピキサバン	1日前
<input type="checkbox"/> プレタール	シロスタゾール	2日前	<input type="checkbox"/> エフィエント	プラスグレル塩酸塩	5日前
<input type="checkbox"/> コメリアン	ジラゼプ塩酸塩	2日前	<input type="checkbox"/> ペリシット	ニセリトロール	1日前
<input type="checkbox"/> コレキサミン	ニコモール	半日前	<input type="checkbox"/>		

下記のいずれかに☑をしていただき、必要事項の記載をお願い致します。

注) 生検をご希望の際は必ず中止して頂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、生検は致しません。

- 抗血栓薬等一覧表の薬剤の服用はありません。
- 抗血栓薬等一覧表の薬剤の服用は中止しません。
- 抗血栓薬等一覧表の薬剤の服用を全て中止しています。
- 上記指示以外の特別指示

薬剤名	指示内容	休業日数	備考

中止日： \_\_\_\_\_ から 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