

内視鏡検査（上部消化管）検査前内服薬確認票

内視鏡検査をお受けするにあたり、下記処方の有無についてお尋ねいたします。内服されている薬にチェックをお願いいたします。

なお、休薬期間は目安をお示ししています。検査の実施については、別紙の市立四日市病院版「手術・処置などを行う際の抗凝固・抗血小板剤取り扱い規約」を参考にご判断ください。

チェック	一般名（商品名）	休薬期間の目安
<input type="checkbox"/>	ワーファリン	3～4日
<input type="checkbox"/>	プラザキサ	2日
<input type="checkbox"/>	プラビックス	5日
<input type="checkbox"/>	パナルジン（塩酸チクロピジン）	
<input type="checkbox"/>	バファリン 81mg、バイアスピリン	3日
<input type="checkbox"/>	プレタール（シロスタゾール）	
<input type="checkbox"/>	エパデールS（EPA）	7日
<input type="checkbox"/>	ドルナー（ベラプロスト）	2日
<input type="checkbox"/>	プロレナール（リマプロストアルファデックス）	
<input type="checkbox"/>	アンプラーグ（サルポグレラート）	
<input type="checkbox"/>	ペルサンチンL、コロナモール （ジピリダモール）	
<input type="checkbox"/>	コメリアン（塩酸ジラゼプ）	

医院名 _____

医師名 _____

★ご記入後、FAXで送信してください。改めて予約日時をご連絡致します。

市立四日市病院 地域連携・医療相談センター「サルビア」

FAX：059-354-2214 直通電話：059-356-0822