

下記の抗血栓薬を服用しています

お名前	生年月日
	年 月 日
<input type="checkbox"/> 抗凝固薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬
<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> アスピリン/バイアスピリン®
<input type="checkbox"/> プラザキサ®	<input type="checkbox"/> クロピドグレル/プラビックス®
<input type="checkbox"/> イグザレルト®	<input type="checkbox"/> シロスタゾール/プレタール®
<input type="checkbox"/> エリキュース®	<input type="checkbox"/> エフィエント®
<input type="checkbox"/> リクシアナ®	<input type="checkbox"/> その他()
*服用している薬に☑を入れてください 受診している病院・診療所	
これらの薬は出血リスクを助長する 可能性があります。手術や観血的検 査・治療、抜歯などに際して、それ ぞれ適切な処置をお願いします。	主治医
	(記載日: 年 月 日)

患者さんへのお願い

- 現在、服用されている薬は、血液を固まりにくくしたり、血小板のはたらきを抑えて、血液の固まり(血栓)をできにくくする薬で、脳卒中や心筋梗塞、下肢の血管閉塞などの予防に必要です。
- 勝手に止めたり減らしたりしないで、きっちり決められたとおりに服用してください。
- 思いがけない出血や、出血が止まりにくい場合は、すぐに主治医に連絡してください。
- 他の病院や診療所、同じ病院でも他の診療科、歯科医院などを受診される際は、抗血栓薬を服用していることを必ず伝えてください。