～お薬を内服されている方へ～

この紙を持って、主治医の先生に相談してください。

ＩＤ		生年月日			歳
フリガナ					
氏　名					

受診日

- 内服している薬の中に、血液が固まりにくくなる作用をもつものがあります。
- 当日の検査中に異常が疑われた場合に組織を採取することがあるため、上記のような作用をもつ薬を内服されている方は休薬が必要になります。
- 休薬していない場合、上部消化管内視鏡検査を行うことは可能ですが、組織検査は実施できませんのでご了承いただきますようお願いいたします。

➢自己判断での休薬は危険です。

必ず事前に主治医と相談のうえ、許可をもらってから休薬してください。

以下は主治医に記入してもらってください。

主治医の先生へ

上部消化管内視鏡検査を予定しております。異常が疑われた際に組織を採取する場合があるため、抗血栓薬内服の方は、可能であれば休薬の指示をお願いします。下記表をご参照ください。確認のため指示内容とご署名をお願いいたします。

一般名（成分名）	商品名	休薬期間
アスピリン	バイアスピリン、バファリン	3日
チクロピジン	パナルジン、チクロピジン、ニチステート	5日
クロピドグレル	プラビックス	5日
プラスグレル	エフィエント	5日
シロスタゾール	プレタールＯＤ、シロスタゾール	1日
ワルファリン	ワーファリン	主治医の判断による

指示内容

休薬可能 ⇨ 薬品名（　　）を（　　年　　月　　日）から休薬してください。

休薬不可 ⇨ 内服薬はそのまま継続してください。

年　　月　　日　主治医ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご不明な点がございましたら、ご連絡をお願いいたします。

ヨナハ丘の上病院
TEL：0594-41-4781（代表）

2025.6改定