

内視鏡検査に伴う抗血栓薬服用指示に関する説明・同意書

_____年 _____月 _____日 _____時に以下のとおり説明しました。

医療機関名 _____

医 師 _____ 同席者 _____

抗凝固剤・抗血小板剤(血液をさらさらにする抗血栓薬)を内服していると内視鏡検査や治療を行う場合、通常より出血しやすく、また血が止まらなくなり、非常に危険です。そこで、抗凝固剤・抗血小板剤の内服を一定期間中止する必要がある場合があります。一方、抗凝固剤・抗血小板剤の内服を中止することにより、血栓症・塞栓症(脳梗塞、心筋梗塞など)を発症する危険性があります。

抗血栓薬の服用に関しては下記の指示に従ってください。

検査・治療により合併症(出血、血栓症・塞栓症など)が生じた場合に治療や入院が必要となる場合があります。これらの治療や入院に伴う費用は健康保険の適用となりますので、御了解ください。

下記のとおり休薬できていない場合は、検査・治療ができません。改めて入院・検査等の予約を取り直すこととなりますので、御了解ください。

抗血栓薬中止の必要が**あります** ※検査終了後、内服を再開してください。ただし、出血など状況に応じて再開時期を延期することがあります(別途指示に従ってください)。

月 日(朝 昼 夕) から内服を中止する

中止薬 (_____)

月 日(朝 昼 夕) から内服を中止する

中止薬 (_____)

月 日(朝 昼 夕) から内服を中止する

中止薬 (_____)

抗血栓薬中止の必要は**ありません**

生検 あり・なし ※いずれの場合も必要ときには止血処置は施行させて頂くことがあります

内服薬 (_____)

医師の説明に対し、十分御理解いただけたなら、以下のいずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れ同意書に署名願います。 1 上記の抗血栓薬の服用指示に関する説明を受けました。そして、その内容について <input type="checkbox"/> わかりました。その上で納得して上記の指示に同意します。 <input type="checkbox"/> わかりましたが、上記の指示には同意しません。 2 要望			
日	付	年	月 日
患者氏名(自署)			
代諾者(自署)		続柄	
住所			
同席者(自署)		続柄	
住所			

(メディカルサポートセンター専用)