

(様式7-2)

地域医療室へTEL後FAX

この書類は「検査等依頼書」「上部消化管内視鏡検査の同意書」と一緒にFAXしてください

## 上部消化管内視鏡検査(経口) 抗血栓薬 **継続** に関する説明及び同意書

(宛先) 箕面市立病院長

説明医師署名

説明日 令和 年 月 日

私は、患者さまの病状、検査の必要性、危険性、合併症などについて以下のように説明しました。

継続する抗血栓薬名 ( )

ワーファリン服用中の場合は内視鏡検査当日にプロトロンビン時間の測定が必要ですので、箕面市立病院で採血検査を行なうため、検査予約時間の1時間前に受診いただくよう患者さまに説明しています。

### 【抗血栓薬を継続する理由】

脳梗塞、心筋梗塞など血栓（血管内での血液のかたまり）によって発症する疾患を予防するために、抗血栓薬が使用されます。抗血栓薬を中止すると、目的としていた血栓性疾患の予防効果を失い、脳梗塞、心筋梗塞などが生じる危険性があります。このため、各種ガイドラインでは、出血性合併症の危険性が比較的少ないとされている検査・処置・手術等では原則として抗血栓薬を継続しながら行うことが推奨されています。

★抗血栓薬には、抗凝固薬（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルトなど）と抗血小板薬（バイアスピリン、パファリン、プラビックス、プレタール、パナルジンなど）の2種類があります。

### 【予測される抗血栓薬継続に伴う危険性】

すべての抗血栓薬は血液を固まりにくくする作用を持っており、一度出血すると止まりにくくなります。今回の検査・処置・手術にあたり、各種ガイドラインに沿って抗血栓薬を継続した場合、高度ではありませんが出血性合併症発症の危険性が増加する可能性があります。そうした出血性合併症が生じた場合には最善と思われる処置を行います。

抗血栓薬を継続しながら検査・処置・手術等を行う場合の有益性と危険性を理解された上で、今回の検査・処置・治療を受けることに同意される場合には、この同意書に署名してください。

## 抗血栓薬 継続に関する同意書

私は、現在の病状並びに上部消化管内視鏡検査(経口)実施時の抗血栓薬の継続について、十分な説明を受け理解いたしましたので同意いたします。

また、検査中に緊急または予測外の処置をする必要が生じた場合には適宜治療処置されることについても同意いたします。

患者住所

氏名 同意日 令和 年 月 日

注：患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。  
患者さまが未成年者の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。それぞれ、自筆でご署名ください。

親権者または代理人

住所  
氏名

患者との続柄:

同意日 令和 年 月 日

親権者または代理人

住所  
氏名

患者との続柄:

同意日 令和 年 月 日