

「前血栓状態・凝固モニター検査」申し込み用紙

依頼元	病院名		
	医師名	先生	

患者氏名			
年齢	() 歳	性別	(男 ・ 女)

該当する病名（既往症）等があれば○をつけて下さい

血栓症	心筋梗塞	
	心原性脳梗塞	アテローム性脳梗塞
	静脈血栓塞栓症	

血栓予防	心房細動	術後	感染症
	担癌状態	その他の前血栓状態	

使用している抗血栓薬（該当のものに○をつけて、用量をご記入ください。）

A) 抗血小板剤	バイアスピリン	m g
	クロピドグレル	m g
	シロスタゾール	m g
	エフィエント	m g
	アンプラーグ	m g
B) 抗凝固剤	ワーファリン	m g
	リクシアナ	m g
	エリキュース	m g
	イグザレルト	m g
	プラザキサ	m g

※DOACに関しては採血の約2時間前服用でピーク値が得られます。