

P R P 療 法 に 伴 う 休 薬 の 説 明

ID: _____ 氏名: _____ 様

治 療 予 定 日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《 休薬の指示 》

- なし → 現在服用中のお薬は、通常通り服用してください。
- あり → 下記に記載したお薬は、効果等に影響が出る可能性があるため、
下記の通りに休薬をお願いします。
その他のお薬は、通常通り服用してください。

薬剤名	休薬を開始する日	服用を再開する日
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

説明者 _____