

H I V感染予防薬要求書

第 年 月 号日

殿

住 所
医療機関名 (印)

年 月 日 時 分に事故が発生したため、H I V
感染予防薬を下記のとおり要求します。
記

1 予防薬の種類及び数量

品 名	必 要 数 量	備 考
		*数量は、1日あたりの服量 ×日数で積算すること

2 事故発生状況

- ① 事故発生年月日・時間 年 月 日 時 分
② 性別 男 ・ 女
③ 年齢 歳
④ 職種

H I V感染予防薬受領書

第 年 月 号日

殿

住 所
医療機関名 (印)

H I V感染予防薬を下記のとおり受領しました。

記

1 予防薬の種類及び数量

品 名	必 要 数 量	備 考