

## 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<br>×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 |
|-----|---------|-----|
|     |         |     |
|     |         |     |
|     |         |     |