

H I V感染予防薬依頼書（担当医記載）

エイズ治療（中核）拠点病院

病院長 殿

下記の者は、H I V感染の恐れがあり、予防薬の服用について同意がありましたので依頼します。

被 曝 者	氏名		生年月日		性別（ 男 ・ 女 ）	
	B型肝炎： 無 ・ 有		腎障害： 無 ・ 有		妊娠： 無 ・ 有（ 週）	
	授乳： 無 ・ 有		現在服薬中の薬剤：			
事 故 発 生 状 況	発生日時： 年 月 日 時 分 頃					
	事故内容： 針刺し ・ 眼球等への血液の付着 ・ その他（ ）					
	曝露源： H I V感染血液 ・ H I V感染血液を強く疑う血液（症状： ）					

記載日：	年	月	日	医療機関の名称：
担当医：	所 在 地：			
	電 話 番 号：			

拠点病院受診予約について

受診医療機関名：	
受診予約日時：	年 月 日 時 受診予約済み
予防薬必要数：	日 分

H I V予防薬服用同意書（被曝者が記載）

エイズ治療（中核）拠点病院

病院長 殿

私は、H I V感染予防のために自らの意思で予防服用を希望します。

記載日：	年	月	日	医療機関の名称：
	署名：			

H I V感染予防薬受領書（受取者記載）

年 月 日

エイズ治療（中核）拠点病院

病院長 殿

私は、 年 月 日にエイズ治療拠点病院等を受診予定であるため、下記のとおり
予防薬を受領しました。

記

予防薬名	必要数量	備考
アイセントレス錠（1日2回）	日分	
デシコビHT（1日1回）	日分	

受領日： 年 月 日 医療機関の名称：

署名：