様式２　　一般医療機関→予防薬配置医療機関（保管）

抗ＨＩＶ予防服用同意書

私は、ＨＩＶ感染予防薬の内服における利益と不利益について説明を受け、妊婦への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により予防服用を希望します。

下記予防薬を「　　」日分受領しました。

※原則１日分

記

ツルバダ配合錠　　１日１回、１回１錠

アイセントレス錠　１日２回、１回１錠

予防薬配置医療機関　院長　様

平成　　年　　月　　日

署名：

予防薬投与依頼書

予防薬配置医療機関　院長　様

この度、当施設の職員が患者様の体液に曝露しました。

つきましては、ＨＩＶ感染予防のための内服薬の提供をお願いします。

平成　　年　　月　　日

依頼医療機関名：

所在地：

電話番号：

担当医師等署名：

曝露発生状況：

□　針刺し・切創

□　皮膚・粘膜汚染

□　その他（　　）