別紙様式１

ＨＩＶ感染防止のための抗ＨＩＶ薬要求書

第　　　　 号

　　年　　月　　日

　熊本県健康福祉部健康危機管理課長　様

　　　 医療機関名

HIV感染防止のための抗ＨＩＶ薬を下記のとおり要求します。

記

　抗ＨＩＶ薬の種類及び数量

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名（商品名） | 数　量 | 納入希望日 | 備　　考 |
| DVY  （デシコビ配合錠HT） |  |  |  |
| RAL  （アイセントレス錠400mg） |  |  |  |

別紙様式２

ＨＩＶ感染防止のための抗ＨＩＶ薬引渡書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　医療機関名　　　　　　　様

　熊本県健康福祉部健康危機管理課長

　HIV感染防止のための抗ＨＩＶ薬を下記のとおり引き渡します。

記

抗ＨＩＶ薬の種類及び数量

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名（商品名） | 数　量 | 使用期限 | 備　考 |
| DVY  （デシコビ配合錠HT） |  |  |  |
| RAL  （アイセントレス錠400mg） |  |  |  |

別紙様式３

ＨＩＶ感染防止のための抗ＨＩＶ薬受領・返納書

HIV感染防止のための抗ＨＩＶ薬を下記のとおり（受領・返納）しました。

記

　抗ＨＩＶ薬の種類及び数量

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名（商品名） | 受領 | 返納 | | 備　　考 |
| 数量 | 数量 | 使用期限 |
| DVY  （デシコビ配合錠HT） |  |  |  |  |
| RAL  （アイセントレス錠400mg） |  |  |  |  |

　　年　　月　　日

　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理担当者名

別紙様式４

針刺し後のＨＩＶ感染防止のための抗ＨＩＶ薬利用記録簿

医療機関名　　（　　　　　　　　　　　）

管理担当者氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供日 | 薬剤名 | 提供量 | 提供先名称 | 担当医師名 | 取扱者印 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |