

<取扱注意>

抗H I V薬予防服用同意書

私は、H I V汚染防止血液等曝露後の抗H I V薬予防服用における利益と不利益について説明を受け、妊婦の服用は胎児への影響について不明である点を含め、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。

服用希望薬剤（必ず本人がチェックすること）

☐ ビクトルビ配合錠

配置病院

病院長 様

年 月 日

署名 _____

※抗H I V薬配置病院にて、本人（原則）が抗H I V薬を受領する際に、
ご記入ください。

受領者サイン（受領時に記入）： _____

〔代理人の場合〕 ※原則、被曝露者が受領

所属施設又は続柄： _____

〔本人確認〕 ○で囲んでください（抗H I V薬配置病院の担当者がご記入ください）

マイナ保険証、運転免許証、身分証（ ）の書類提示あり

<取扱注意>

抗H I V薬提供依頼書

被曝露者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	妊娠 (女性のみ)
	現在服用中の薬剤		無 ・ 有 ()		
発生状況	発生日時	年 月 日 時 分			
	事象内容	・ 針刺し ・ 切創 ・ 粘膜曝露 ・ 皮膚曝露 ・ ()			
	原因患者の病状	・ A I D S ・ H I V抗体陽性 ・ H I V抗体陽性疑			

上記の者は、H I V感染の恐れがあり、予防服用についての説明に同意があったので、レジメンの服用回数分（専門医受診までの回数）の抗H I V薬の提供を依頼いたします。

☐ ビクトルビ配合錠

回分

※ レジメン内容は、マニュアル内「HIV 感染防止の抗H I V薬服用目安」を参照

参考：服用者向け説明書「お薬の飲み方について 専門医受診までに2回目以降を服用する方へ」

配置病院

病院長 様

年 月 日

機関所在地

機関名

連絡先

担当医署名

(管理者)