

様式 1

H I V 感染防止のための抗H I V 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H I V 薬を下記のとおり要求します。

記

抗H I V 薬の種類及び数量

薬剤名（商品名）	数 量	納入希望日	備 考
BVY （ビクタルビ配合錠）			

様式 2

H I V 感染防止のための抗H I V 薬引渡書

第 年 月 日 号

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H I V 薬を下記のとおり引き渡します。

記

抗H I V 薬の種類及び数量

薬剤名（商品名）	数 量	使用期限	備 考
BVY （ビクタルビ配合錠）			

様式 3

H I V 感染防止のための抗H I V 薬受領・返納書

HIV 感染防止のための抗H I V 薬を下記のとおり（受領・返納）しました。

記

抗H I V 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	
BVY （ビクトルビ配合錠）				

年 月 日

医療機関名
管理担当者名

様式 4

針刺し後のH I V感染防止のための抗H I V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