

(様式1)

取 扱 注 意

## 予防薬服用同意書

私は、H I V感染血液等曝露後の予防服用について説明を受け、十分に理解しました（服用上の注意、副作用、妊婦への安全性等）。

私は、自らの意志により以下の予防薬の服用を希望します。

### 服用希望予防薬

デシコビ配合錠HT（エムトリシタビン・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩配合錠）及びアイセントレス錠 400mg（ラルテグラビルカリウム錠）

病院長 様

年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_