

(様式2)

取 扱 注 意

予防薬 (処方・分与) ※依頼書

曝露状況	発生日時： 年 月 日 時 分 曝露内容： 曝露源患者のH I V検査結果： 陽 性 陰 性 検査中 不明 (未実施)
------	---

上記により、H I V感染の恐れがあり、予防薬服用についての説明に同意があったので、予防薬の (処方・分与) ※をお願いします。

※ いずれかを囲んでください。ただし分与は一般医療機関のみ

抗H I V薬配置医療機関

病院長 様

年 月 日

施設名 _____

〒

連絡先 _____

TEL : _____

曝露担当医又は責任者署名 _____