

(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 _____