

(別紙参考様式 2)

抗 HIV 薬処方依頼書

(抗 HIV 薬整備医療機関)

病院 担当医 殿

被曝露者	氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日 性別(男 ・ 女) _____ 妊娠(有 ・ 無 ・ 不明) _____ 現在服用中の薬剤: 以下について、把握している場合は記入してください。※ <u>新たな検査は不要</u> ・HBs抗原(+ , - , 不明) ・HBs抗体(+ , - , 不明) ・腎機能低下(あり (病名 _____) , なし , 不明)
状 況	発生日時: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 内 容: 針刺し ・ 鋭利物による受傷 ・ 粘膜曝露 ・ 正常でない皮膚への曝露 その他(_____) 曝露由来患者の病状(HIV 陽性 ・ HIV 陽性疑)

上記の者は、HIV 感染のおそれがあり予防内服について同意したため、抗 HIV 薬の処方を依頼します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関又は施設の名称 : _____

医療機関又は施設の所在地 : _____

連 絡 先 (TEL) : _____

医療事故を担当する医師又は施設長: _____ 印

※署名または記名押印をお願いします。