

＜取り扱い注意＞ 抗HIV薬予防服用同意書

私は、HIV汚染血液等暴露後の抗HIV薬予防服用における利益と不利益について説明を受け、
妊婦への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。

私は、自らの意思により予防服用を希望します。

苫小牧市立病院

病院長殿

年 月 日

本人署名

抗HIV薬予防投与依頼書

受傷者	氏名	生年月日	年	月	日
	性別	妊娠（有・無）			
受傷状況	現在服薬中の薬剤				
	発生日時	年	月	日	時 分
	曝露部位	針刺し・切創	粘膜	創・損傷のある皮膚	
	原因患者	HIV抗体陽性	HIV抗体陽性を強く疑う		
	(原因：)				

上記の者は、HIV感染の恐れがあり、予防服用についての説明に同意があったので、抗HIV薬の投与
を依頼する。

医療機関所在地

医療機関名

連絡先

担当医署名

年 月 日 時 分