様式３ ＜取扱注意＞

抗HIV薬予防内服同意書（配置医療機関あて）

私は、HIV感染の血液・体液曝露後の抗HIV薬予防内服における利益と不利益について説明を

受け、妊婦の内服は胎児への影響について不明である点を含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により予防内服を希望します。

配置医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　病院長

同意日　令和　　　年　　 月 　　日

署名

|  |
| --- |
| ※抗HIV薬配置医療機関にて、抗HIV薬を受領する際に、ご記入ください。 受領者サイン（原則として受領時に被曝露者本人が記入）： 　　　　　　　　　　　　　　　　[代理人の場合]　所属施設又は続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

[本人確認] 〇で囲んでください。

（抗HIV薬配置医療機関の担当者がご記入ください。）

保険証 、 運転免許証 、 身分証（　　　　　　　　　　 ）の書類提示あり