

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] ○で囲んでください。

（抗HIV薬配置医療機関の担当者をご記入ください。）

保険証、運転免許証、身分証（ \_\_\_\_\_ ）の書類提示あり