

様式2 <取扱注意>

血液等曝露後の感染症検査同意書（被曝露者用：通常は医療従事者）

説 明 日 令和 年 月 日

医療機関等名

説 明 者

私は、HIV、HBV及びHCV検査を受検することに同意します。

検査結果については、感染症法に基づいて厳格な守秘義務の徹底を求めます。

同 意 日 令和 年 月 日

氏 名

代 理 署 名

代 理 続 柄