
抗 HIV 薬予防投与依頼書 (曝露発生医療機関の医師記入用)

エイズ拠点病院
協力病院 病院長 殿

下記の者は、HIV 感染のおそれがあり、予防服用についての同意があったので、抗 HIV 薬の投与を依頼します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

担当医師名

記

○ 対象者 氏名： 生年月日： 年 月 日
性別： 男 ・ 女 妊娠： 有 ・ 無

○ 薬 剤 TDF/FTC (ツルバダ) 1錠
 RAL (アイセントレス) 1錠

○ 事故の状況 発生日時： 年 月 日 時 分
事故内容： ・ 針刺し ・ 切創 ・ 粘膜汚染 ・ 皮膚汚染
原因患者の病状： ・ HIV 抗体陽性 ・ HIV 抗体陽性疑