本人控

抗HIV薬予防服用同意書

私は、HIV汚染血液等曝露後の抗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、十分に理解しました。

　私は、自らの意志により予防服用を希望します。

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　　殿

　　　　　　　　　年　　　月　　日

署　名

抗HIV薬予防投与依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 曝露者 | 氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　　日生 |
| 性別　　 男　　・　　女 | | 妊娠の有無 | 無　・　有　（　　　　　　週） |
| 現在服用中の薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| HIV抗体（　　＋ －　 不明　　）　HBs抗原（　　＋　 －　 不明　） | | | |
| HBワクチン接種（　有　　無　） | | | |
| その他 | | | |
| 事故状況 | 発生日時 | 年　　 　月　 　　日　　　 時 | | |
| 発生事故 | ・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　　・　　陽性疑 | | |
| HBs抗原（　＋ － 不明　） | | |
| その他 |  | | |

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

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　 　病院長殿

　　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地

医療機関名

連絡先

担当医署名

医療機関控

抗HIV薬予防服用同意書

私は、HIV汚染血液等曝露後の抗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、十分に理解しました。

　私は、自らの意志により予防服用を希望します。

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　　殿

　　　　　　　　　年　　　月　　日

署　名

抗HIV薬予防投与依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 曝露者 | 氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　　日生 |
| 性別　　 男　　・　　女 | | 妊娠の有無 | 無　・　有　（　　　　　　週） |
| 現在服用中の薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| HIV抗体（　　＋ －　 不明　　）　HBs抗原（　　＋　 －　 不明　） | | | |
| HBワクチン接種（　有　　無　） | | | |
| その他 | | | |
| 事故状況 | 発生日時 | 年　　 　月　 　　日　　　 時 | | |
| 発生事故 | ・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　　・　　陽性疑 | | |
| HBs抗原（　＋ － 不明　） | | |
| その他 |  | | |

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

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　 　病院長殿

　　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地

医療機関名

連絡先

担当医署名

拠点病院控

抗HIV薬予防服用同意書

私は、HIV汚染血液等曝露後の抗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、十分に理解しました。

　私は、自らの意志により予防服用を希望します。

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　　殿

　　　　　　　　　年　　　月　　日

署　名

抗HIV薬予防投与依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 曝露者 | 氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　　日生 |
| 性別　　 男　　・　　女 | | 妊娠の有無 | 無　・　有　（　　　　　　週） |
| 現在服用中の薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| HIV抗体（　　＋ －　 不明　　）　HBs抗原（　　＋　 －　 不明　） | | | |
| HBワクチン接種（　有　　無　） | | | |
| その他 | | | |
| 事故状況 | 発生日時 | 年　　 　月　 　　日　　　 時 | | |
| 発生事故 | ・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　　・　　陽性疑 | | |
| HBs抗原（　＋ － 不明　） | | |
| その他 |  | | |

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

エイズ治療拠点病院

　　　　　　　　　　　 　病院長殿

　　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地

医療機関名

連絡先

担当医署名