

様式 2

事故発生医療機関 → 配置医療機関 [保管]

年 月 日

配置医療機関

病院長 様

所在地 _____

医療機関名 _____

担当医氏名 _____

HIV 感染予防薬提供依頼書

次のとおり HIV 曝露事故が発生しましたので、佐賀県から貴院に配置された予防薬（抗 HIV 薬）の提供をお願いいたします。

被曝露者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	妊娠の有無 (女性のみ)	有 ・ 無 ・ 未検査
	現在服用中薬剤	無 ・ 有 ()
発生状況	発生日時	年 月 日 時 分
	事故の内容	針刺し ・ 切創 ・ 粘膜汚染 ・ 皮膚汚染 その他 ()
	患者（曝露源） の状況	HIV 陽性 ・ HIV 感染が疑われる <HIV 感染が疑われる理由>