

HIV 感染予防薬内服同意書

私は、HIV 感染予防薬の内服における利益と不利益について説明を受け、妊婦の服用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 様

年 月 日

受領者氏名 _____

※ 配置医療機関にて予防薬を受領する際に、下記をご記入ください。

下記予防薬を [_____] 日分受領しました。

薬剤名	用法
RAL (アイセントレス錠) 400mg 2錠/日	1回2錠 1日1回
TAF/FTC (デシコビ配合錠 HT) 1錠/日	1回1錠 1日1回

年 月 日

受領者氏名 _____

【配置医療機関 記入欄】

本人確認を下記の書類で行った。(○で囲む)

マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 (_____)

担当者氏名 _____