

H I V感染予防薬受領書

予防内服者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参

予防薬配置医療機関

病院長 殿

年 月 日

医療機関の名称 : _____

予防内服者署名
(受領時に記入) : _____以下のH I V感染予防薬を [] 日分受領しました。
(受領時に記入)※原則平日は1日分、土日祝日及びその前日は、平日受診が
できるまでの日数とする

[予防薬配置医療機関 記入欄]

提供薬 (○を記入)	薬剤名	1日量	用法	備考
	デシコビHT (TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	バックボーン
	アイセントレス400mg (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回	キードラッグ

※バックボーンとキードラッグから1つずつ選択する

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

保険証 運転免許証 その他 ()

担当者

- ※1 予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え (コピー) を予防内服者に提供してください。
- ※2 予防内服者はエイズ治療拠点病院を受診する際は、当該受領書の控え (コピー) を提示してください。